

登録医申請書

医療機関名	
所在地 ・ 連絡先等	〒 Tel _____ Fax _____ E-mail _____
フリガナ	
登録医氏名	
ホームページへの掲載	要 ・ 不要

[確認事項]

- 1.登録医としての期限は1年間とします。但し、1年後取消し等の申し出がない場合は、自動更新とさせていただきます。
- 2.登録医証・プレート等を発行させていただきます。
- 3.患者及び地域住民向けとして、登録医療機関名・医師名等を日本医科大学千葉北総病院のホームページ上にて公表させていただきます。

日本医科大学千葉北総病院
医療連携支援センター
TEL:0476-99-1810
FAX:0476-99-1991

※FAX機を非通知設定されている場合は、
お手数ですが番号の最初に「186」をつけて発信ください。