

送り先：防衛医科大学校病院 地域医療連携室

FAX： 04-2995-1130

E-mail: renkei@ndmc.ac.jp

連携医療機関・登録医申込書

私は、防衛医科大学校連携医療機関・登録医制度の趣旨に賛同し、登録を希望します。

申請日 年 月 日

申請者氏名

医療機関名	
登録医名	
郵便番号 住所	〒
電話番号 FAX	
標榜診療科	
E-mail アドレス (当院からの案内用)	
ホームページ URL	
* 当院ホームページへの掲載希望 (希望項目にレ点をお願いします)	<input type="checkbox"/> 全て希望します <input type="checkbox"/> 一部内容希望 <input type="checkbox"/> 医療機関名 <input type="checkbox"/> 登録医名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> 標榜診療科 <input type="checkbox"/> ホームページ URL

ご要望等ありましたらお書きください。

--