

年 月 日

古賀総合病院 地域医療連携登録医 申請書

古賀総合病院長 様

古賀総合病院における開放病床等の共同利用の趣旨に賛同し、
地域医療連携登録医としての登録を申請します。

住所 _____

医療機関名 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

医師氏名 _____ 印