

石巻赤十字病院登録医 申込書

石巻赤十字病院 院長 様

下記のとおり 石巻赤十字病院登録医 として申し込みます。

申込年月日 年 月 日

(フリガナ)										所属医師会
病医院名										
(フリガナ)										役職名
登録医師名										
住所										
TEL				FAX						
E-mailアドレス										
ホームページの有無	有・無	アドレス		http://						
標榜診療科名										
専門・得意領域										
診療時間	①	午前	:	~	:	午後	:	~	:	
	②	午前	:	~	:	午後	:	~	:	
診療日・休診日		月	火	水	木	金	土	日	祝日	備考
	午前									
	午後									
その他特記事項										

お手数ですが、下記の連絡先までFAXいただきますようお願いいたします。
担当者から追ってご連絡いたします。

【FAX送信先】

石巻赤十字病院 総合患者支援センター

TEL : 0225-21-7322 / FAX : 0225-96-5147 (直通)