

【FAX送信先】

福岡赤十字病院 地域医療連携室 宛

FAX直通番号

0120-521-992

令和 年 月 日

## 登 録 申 請 書

福岡赤十字病院  
院長 中房 祐司 様

貴院の登録医として下記のとおり申請します。

記

<申請医療機関>

名称

---

住所 〒           —

TEL:

FAX:

e-mail:

※e-mailアドレスに、福岡赤十字病院主催の地域連携webセミナーのご案内・  
参加URLメール等をお送りさせていただきます。

---

主な診療科

---

(ゴム印可)

<申請者>

フリガナ

---

医師名

印

---

フリガナ

---

医師名

印

---