

【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:

病院からのお知らせ等文書の送付方法について、以下よりご希望をお知らせください。

郵送を希望する  E-mail (データ) を希望する

※ 地域連携webセミナーのご案内・参加URLはE-mailにお送りします。

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