

総合支援センターに FAX もしくは郵送にて提出してください。
FAX【0278-25-9801】

登録医番号	第 号
登録日	年 月 日

利根中央病院 登録医申込書

申込日： 年 月 日

医療機関名		
医療機関所在地	(〒 —)	
電話番号	()	-
F A X	()	-
Eメールアドレス		
	登録医師名	専門科目
① 院長 (代表者名)		
② 登録医師		

※記入欄が足りない場合はコピーしてお使いください。

※患者さま、及び地域住民向けとして、登録医療機関名等を利根中央病院のホームページ上、院内掲示
板、登録医案内リーフレットにて公表させていただきます 承認する 承認しない

当院から患者さんを紹介する際の参考といたしますので、下記にもご回答をお願いいたします。

- 対応可能な検査 C T M R I 内視鏡 (C F ・ G F ・その他 (_____))
 その他 (_____)

●専門分野・疾患 (自由記載)

●積極的に受け入れたい疾患 (糖尿病や術後がんのフォロー等)