

那賀地域医療ネットワーク 入会申込書

公立那賀病院長 殿

私は「那賀地域医療ネットワーク会則」および「運用細則」を承諾のうえ、下記のとおり入会を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 (フリガナ)	所属医師会	※登録番号(当院使用欄)
⑩		
医院名	標榜科目	
住所		
〒		
TEL	FAX	緊急連絡先
専門領域		

(備考)

1. ※印 欄は記入不要
2. 専門領域欄には、最も専門とされる領域のほか、転院や逆紹介で受け入れ可能な疾患領域についてご記入下さい。
3. 顔写真 (縦 3.5×横 3.0cm) 2枚を添えて下さい。