

東北医科薬科大学病院登録医

申し込みについて

別紙の制度の概要をご覧ください、申し込みをご希望される先生は、本用紙に下記事項をご記入の上、FAXにてご送信願います。

ご送信いただいた先生には改めて、登録医証の発送と予約等のご案内をさせていただきます。

送信先 東北医科薬科大学病院 患者支援・医療連携センター
FAX：0120-25-9121
直通電話：022-388-9593

.....

年 月 日

東北医科薬科大学病院 登録医に申し込みます。

ご芳名

ご医療機関名

ご連絡先 〒

住 所

電 話 番 号

F A X 番 号

診療科目

休診日

ご要望事項：何でも結構ですので、お寄せ願います。