**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いただき、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頂きます。

　　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｆ Ａ Ｘ：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

　　　　　ＦＡＸ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。