| 玉川病院 | 登録番号 | |
|---|---|---|
| 記入欄 | 登録年月日 | 年　月　日 |

# 玉 川 病 院 登 録 医 申 込 書

私は、公益財団法人日産厚生会玉川病院の登録医制度の主旨に賛同し、下記のとおり玉川病院登録医として申し込みます。

申込年月日　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| 病医院名 | | | |
| （フリガナ） | | 役 職 名 | |
| 登録医師氏名 | | | |
| （フリガナ） | | | |
| 住　所 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| E－mailｱﾄﾞﾚｽ | | | |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞの有無 | 無　・　有（ホームページアドレス　http://www. | | |
| 標榜診療科名 | | | |
| 専門得意領域 | | | |
| 往　診 | 可　・　不可　・　条件付き可（　　） | | |
| 訪問診療 | 可　・　不可　・　条件付き可（　　） | | |
| 登録医院内掲示及びホームページへの掲載リンクのご希望について（裏面をご覧ください） | | | |
| 1．院内掲示 | □希望する　□希望しない | 2．ホームページ掲載リンク | □希望する　□希望しない |

公益財団法人日産厚生会玉川病院

院 長　和田　義明　様