

# 千葉県済生会習志野病院 連携医療機関登録申請書

年 月 日

千葉県済生会習志野病院の連携医療機関等として登録を申請します。

## 1.登録する医療機関等の名称

医療機関名	フリガナ			
開設者名	フリガナ			
所在地	〒 -			
電話・FAX番号	TEL	-	-	FAX - -
メールアドレス	@			
ホームページ				
連絡先	ご担当者様	TEL	FAX	メールアドレス

## 2.共同利用制度を利用する登録者の氏名等

登録者名	フリガナ	男・女	生年月日(和暦)
	⑩		
診療科目			
備考			

登録者名	フリガナ	男・女	生年月日(和暦)
	⑩		
診療科目			
備考			

登録者名	フリガナ	男・女	生年月日(和暦)
	⑩		
職務			
備考			

※用紙が足りない場合はコピーしてお使いください。

済生会習志野病院記入欄	
申請書 受領日	_____
承認日	_____