

(第一号様式)

宛先 福岡新水巻病院 地域医療連携室 行 【FAX 093-203-2230】

年 月 日

登 録 医 申 請 書

医療機関名	名 称			
	所在地	(〒 -)		
	TEL		FAX	
※ 当院ホームページの記載を ☐ 希望する ☐ 希望しない				

私は、福岡新水巻病院の登録医となることを希望致します。
又、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し、これを遵守いたします。

【署 名】

印