

提携医療機関・登録医 申請届

令和 年 月 日

埼玉医科大学病院
病院長 殿

私は、埼玉医科大学病院 提携医療機関・登録医制度の主旨に賛同し、登録申請いたします。

医療機関名

登録医師名 (理事長・院長・所長等も明記) 1 医療機関 1 名

診療科目名

郵便番号

医療機関所在地

電話番号

FAX 番号

カルナ希望 あり なし (どちらかに○をつけてください)