

水府病院 FAX 番号
029-309-6641
必要事項を記入の上
FAX してください。

水府病院地域医療連携医申込書

私は、国家公務員共済組合連合会水府病院の地域医療連携医として、下記のとおり申し込みます。

申込年月日 平成 年 月 日

病医院名			
(フリガナ)		役職名	
医師氏名			
(フリガナ)			
住所			
電話番号		FAX 番号	
1. 院内掲示	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	2. ホームページ掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

国家公務員共済組合連合会水府病院
院長 小泉 雅典 様