

登 録 医 届

平成 年 月 日

旭労災病院病診連携システム
運営協議会長 殿

医療機関所在地
(〒 -)

電話番号 _____

FAX番号 _____

(フリガナ)
医療機関名 _____

診療科目名 _____

(フリガナ)
登録医師名 _____ (印)

私は旭労災病院病診連携システムの主旨に賛同し、同実施要綱第3条第1項の規定に基づき、登録医として登録します。

※登録番号