

# 登 録 医 届

西曆 年 月 日

旭労災病院病診連携システム  
運営協議会会長 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)

登録医氏名

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項の規定も基づき、登録医として登録します。

※登録番号