

NHO宇都宮病院長 行き

地域医療連携 連携医 登録申込書

郵便番号	—
所在地	
医療機関名	
診療科	
院長名	フリガナ
医師名	フリガナ
医師名	フリガナ
電話番号	
FAX番号	

(参考事項)

診療時間	午前	～
	午後	～
休診日		

上記のとおり、NHO宇都宮病院の連携医に申し込みます。

平成 年 月 日

(FAX返信)

FAX番号; 028-673-1961

NHO宇都宮病院 地域医療連携室 宛