

旭川医療センター連携医登録申請書

年 月 日

旭川医療センター院長 あて

(FAX 送信 0166-51-3711)
旭川医療センター地域医療連携室 あて

旭川医療センターの連携登録医・連携登録医療機関に登録申請をします。

医療 機 関 名	名称及び 代表者名	
	住 所	〒
	電話・FAX	☎ FAX
	ホームページ	有 ・ 無 (リンク設定 可 ・ 否)
	E-mail	
医師の 氏名	ふりがな 氏 名	
	ふりがな 氏 名	
	ふりがな 氏 名	