

宛先 新久喜総合病院 地域医療課【FAX 0480-26-6301】

年 月 日

登録医申請書

社会医療法人社団埼玉巨樹の会 新久喜総合病院

病院長 様

私は、新久喜総合病院登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。
又、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し、これを遵守いたします。

申請者名

医療機関名	名称			
	所在地	(〒 -)		
	TEL		FAX	
	標榜科			
	URL			
※ 当院ホームページの記載を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

医師名(ふりがな)	役職	専門科目