

【宛先】山形済生病院 地域連携室  
〒990-8545 山形市沖町 79 番 1  
TEL 兼 FAX 0120-232-658

(様式 1)

## 連携登録医申請書

社会福祉法人<sup>恩師</sup>済生会<sup>財団</sup> 山形済生病院  
病院長様

私は、山形済生病院連携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。

平成 年 月 日  
申請者

Ⓜ

医療機関	名 称			
	所 在 地	(〒 - )		
	T E L		F A X	
	標 榜 科			
	U R L			
※当院ホームページへの掲載を		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません	
※院内掲示（外来待合等）を		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません	

医 師 名 (フリガナ)	専 門 科 目

※登録の受託は、「連携登録医証」の発行をもって代えさせていただきます。

(山形済生病院使用欄)

登録年月日	年 月 日
登録番号	