

年 月 日

刈谷豊田総合病院長 殿

刈谷豊田総合病院 登録施設申請書

当施設は、刈谷豊田総合病院 登録施設制度規程に基づき下記のとおり申請します。

フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
代表者氏名	
標榜診療科目	
連絡先	医療機関所在地 〒 ー
	電話番号
	FAX 番号
	Eメール (任意) @
所属会	<input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 歯科医師会

※ 医師会、歯科医師会に所属していない場合は、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付してください。

※ ご記入いただきました個人情報、登録施設業務に関する目的のみ使用し、他の目的には使用いたしません。

刈谷豊田総合病院 地域連携室
 電話 0566-25-8304 (直通)
 FAX 0566-27-6956

(当院記入欄)

登録施設番号	KTー
--------	-----