

広島赤十字・原爆病院連携医療機関登録申請書

広島赤十字・原爆病院長 様

申請者氏名

私は、広島赤十字・原爆病院の連携医療機関となることを希望しますので、登録申請を行います。

医療機関名	
所在地	(〒 -)
開設者名	
電話番号	() -
FAX番号	() -
E-mailアドレス	@
主たる診療科	
当院ホームページ及び院内掲示版への医療機関の名称記載について 承諾する ・ 承諾しない (いずれかに○印をお願いします。)	
備考	

注 連携医療機関として貴院の医療機関名称の使用を承諾される場合は、貴院リーフレットを作成いたしますので、連携医療機関調査票にご記入の上、併せてご返送ください。

病院記入欄	登録年月日：令和 年 月 日	登録番号：第 号
-------	----------------	----------