

登録医申込書

登録医番号

相模原協同病院院長 殿

相模原協同病院施設・設備等の共同利用に関して、登録医として申し込み
ます。

年 月 日

医療機関名

氏 名

役 職

住 所 〒 _____

電 話 _____

F A X _____

専門分野(該当箇所にチェックしてください)

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科一般 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 循環器内科 |
| <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 腫瘍内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 | <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 |
| <input type="checkbox"/> 脳神経外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 小児科 |
| <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 眼科 |
| <input type="checkbox"/> 緩和ケア科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 |
| <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | <input type="checkbox"/> 放射線診断科 |
| <input type="checkbox"/> 臨床検査科 | <input type="checkbox"/> 病理診断科 | <input type="checkbox"/> 肛門外科 | <input type="checkbox"/> 放射線治療科 |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |

連絡事項