

登 録 届

令和 年 月 日

日本赤十字社愛知医療センター
名古屋第一病院
院長 錦見 尚道 様

所属歯科医師会

会長



本会会員より日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院・地域歯科医師会病診連携システムの主旨に賛同し、下記の通り、(登録 ・ 登録取消) の書類が提出されましたので、よろしくお願ひします。

登 録 登 録 医 師 届 取 消

郵便番号・班名： 〒 _____ 班

医療機関所在地： _____

電話番号： _____

FAX 番号： _____

フリガナ

医療機関名： _____

診療科目名： _____

フリガナ

登録医師名： _____ 

私は、日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院・地域歯科医師会病診連携システムの主旨に賛同し、同実施要綱第5条に従って、(登録 ・ 取消) します。