

F A X 送付先（地域医療連携室）  
045-853-8356

登録番号 ※

（※は横浜医療センター記入欄）

独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センター

地域医療連携 **歯科登録医** 申込書

郵便番号	-						
所在地							
医療機関名							
院長名							
医師名							
電話番号	- -						
F A X 番号	- -						
診療時間	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日

（記載例）

9:00~12:00	○	○	○	-	○	○	-
------------	---	---	---	---	---	---	---

上記のとおり、貴院の地域医療連携の登録医となることを希望します。

平成 年 月 日

横浜市戸塚区原宿3-60-2  
独立行政法人国立病院機構  
横浜医療センター  
院長 鈴木 宏昌 様

※当院での案内に利用させていただきたいと思いますので、貴院のパンフレット等がありましたら添付をお願いいたします。