

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 宛

登録医 申込書

郵便番号							
所在地							
医療機関名							
診療科							
院長名							科
医師名							科
							科
							科
電話番号							
F A X 番号							
メールアドレス							
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	○	○	○	—	○	○	—
------------	---	---	---	---	---	---	---

令和 年 月 日 記入者氏名

登録後、横浜医療センターホームページの登録医ご紹介ページに貴院を掲載させていただきます。
当該ページには、貴院のコメント（200文字以内）及び写真（2枚）を掲載することができます。
ご希望の場合は、219-yh-renkei@mail.hosp.go.jp まで写真データ等をお送りください。
※当該申込書は、ホームページ掲載にあたりシステム運営会社と共有させていただきます。