

令和 年 月 日

総合リハビリテーションセンター・みどり病院  
地域医療パートナーズ(登録医制度) 登録申込書

医療機関名	フリガナ									
	名称									
登録医師名	フリガナ									
	氏名									
所在地										
電話/FAX	TEL ( ) - /FAX ( ) -									
E-mail	@									
標榜診療科										
診療時間 (別紙参照でも構いません。)		(例)	月	火	水	木	金	土	日	備考
	AM	9:00~ 12:30								
	PM	15:00~ 17:30								
医院紹介										
貴医療機関URL										
	当院ホームページ掲載			<input type="checkbox"/> 許可する			<input type="checkbox"/> 許可しない			
	当院ホームページからリンク許可			<input type="checkbox"/> 許可する			<input type="checkbox"/> 許可しない			

FAX : 025-244-0150 (地域医療連携室 直通)

総合リハビリテーションセンター・みどり病院 地域医療連携室行

[郵送の場合] 〒950-0983 新潟市中央区神道寺 2-5-1

《お問い合わせ》 地域医療連携室  
025-244-0168(直通)