

堀川病院オープンシステム登録医申請書

年 月 日

医療法人 西陣健康会 堀川病院
院長 相良 幸彦 殿

印

堀川病院オープンシステム実施要項第4条の規定により、上記登録医師につき
下記のとおり申請します。

記

1. 登録医師申請者

(1) 医療機関所在地

〒□□□-□□□□

(2) 医療機関名称

(3) 医師氏名

(4) TEL

() -

(5) FAX

() -

(6) 診療科

(7) 専門領域

※恐れ入りますが、外来診療時間表をご同封ください。