

宛先 東京品川病院 患者支援センター
【FAX 03-3764-7482】

西暦 年 月 日

登録医申請書

社会医療法人社団 東京巨樹の会 東京品川病院

院長 様

私は、東京品川病院登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。
又、個人情報保護に関する院内規約を十分に理解し、これを遵守いたします。

申請者名

医療機関名	ふりがな			
	名称			
	所在地	(〒 -)		
	TEL		FAX	
	mail			
	標榜科			
	URL			
当院ホームページへの掲載		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
院内での患者さまへのご案内		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	

医師名(ふりがな)	役職	専門科目