

広島赤十字・原爆病院連携医療機関登録申請書

広島赤十字・原爆病院長 様

申請者氏名

私は、広島赤十字・原爆病院の連携医療機関となることを希望しますので、登録申請を行います。

| | |
|--|-----------------------------------|
| 医療機関名 | ふりがな： |
| 所在地 | (〒 -) |
| 開設者名 | |
| 電話番号 | () - |
| FAX番号 | () - |
| E-mailアドレス | @ |
| 主たる診療科 | |
| 当院ホームページ及び院内掲示版への医療機関の名称記載について 承諾する ・ 承諾しない (いずれかに○印をお願いします。) | |
| ホームページアドレス | https:// ※当院ホームページにリンク設定いたします。 |
| 備考 | |

病院記入欄

登録年月日：令和 年 月 日

登録番号：第

号