

登録医届出書

登録医の申請を希望します。

貴医療機関名			
ご 氏 名		医師会名	医師会
ご 住 所	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			

当センターへの登録を希望される場合には、

上記の届出書にご記入の上、地域医療連携室宛に

FAXまたは、郵送にてご送信ください。

F A X 072-957-8051

〒 583-8588

大阪府羽曳野市はびきの3丁目7-1

大阪はびきの医療センター

地域医療連携室 TEL 072-957-2121(代表)

072-957-8030(直通)