

FAX 072-957-8051

FAX

登録医届出書

登録医の申請を希望します。

貴医療機関名	(ふりがな)		
院 長 名	(ふりがな)		
診 療 科 目			
ご 住 所	〒		
TEL		FAX	
メールアドレス			
Web サイト (ホームページ)			

◆登録医として、当院ホームページなどにおける公開を希望されますか？

(はい ・ いいえ)

登録医をご希望の場合は、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。

〒 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)

F A X

072-957-8051