

令和 年 月 日

松戸市立総合医療センター 病院長

開設者名

印

連携登録医について

松戸市立総合医療センターの地域医療支援に係る連携登録医（連携登録医療機関）として、次のとおり申請します。

記

医療機関名	
院長名	
診療科目	
歯科医師会の加入	加入済み / 未加入 加入予定の場合（H 年 月 日加入予定）
住所	〒
電話	
F A X	
E - m a i l	