

仙台赤十字病院 地域医療連携室 宛

FAX：022-243-4718（連携室直通）

登録医申込書

「わたしは、仙台赤十字病院の登録医に申し込みます」

フリガナ	
医療機関名	
フリガナ	
登録医師名	
所在地	〒
電話番号	
FAX番号	
E-mail	
標榜診療科名	

- ◆登録医証の額 希望する 希望しない
◆登録医一覧への掲載 希望する 希望しない

注：登録医一覧は当院のホームページ内に掲載しています。

仙台赤十字病院の登録医に申し込みを希望される場合は、上記内容を記入のうえFAXまたは郵送にてお送り下さい。（FAXの場合は送付状なしでお送りください。）

※登録医内容について変更があった場合や辞退を希望される場合は

『登録医（変更・辞退）届出書』の提出をお願いいたします。

【お問い合わせ・郵送先】仙台赤十字病院 地域医療連携室
〒982-8501 仙台市太白区八木山本町2丁目43-3
TEL：022-243-1105（連携室直通）