

連携登録医申請書

記入日 年 月 日

国家公務員共済組合連合会
平塚共済病院
病院長様

私は、平塚共済病院・連携登録医に関する取り決めに同意し、連携登録医となることを希望しますので、下記のとおり登録を申請いたします。

開設者	
医療機関名	
院長名	
ふりがな	
登録医として申請する者の氏名	
医療機関住所	〒
電話番号	
FAX	
標榜科	
専門分野	
当院ホームページ及び院内への掲載について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

問い合わせ先：平塚共済病院 医療連携室

TEL 0463-36-1652

FAX 0463-36-7899

記入見本

連携登録医申請書

記入日 2025年 3月 3日

国家公務員共済組合連合会
平塚共済病院
病院長様

私は、平塚共済病院・連携登録医に関する取り決めに同意し、連携登録医となることを希望しますので、下記のとおり登録を申請いたします。

開設者	医療法人社団共済会	
医療機関名	共済医院	
院長名	共済 太郎	
ふりがな	きょうさい たろう	
登録医として申請する者の氏名	共済 太郎	
医療機関住所	〒254-0000 平塚市追分 9-11	
電話番号	0463-00-0000	
FAX	0463-00-0001	
標榜科	内科	
専門分野	呼吸器内科	
当院ホームページ及び院内への掲載について	<input checked="" type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

問い合わせ先：平塚共済病院 医療連携室

TEL 0463-36-1652

FAX 0463-36-7899