

共同利用制度登録申請書

年 月 日

済生会横浜市南部病院共同利用制度運営要領の規定に基づき、共同利用制度を利用する医療機関等としての登録を申請します。

登録する 医療機関 または保 険薬局	所在地	〒 —			
	名称				
	代表者氏名				
	電話番号				
	F A X 番号				
	E-mail				
共同利用 制度を利用する医 師または 薬剤師の 氏名等	1	ふりがな	男 女	年 月 日生	(診療科)
	2	ふりがな	男 女	年 月 日生	(診療科)
	3	ふりがな	男 女	年 月 日生	(診療科)
	4	ふりがな	男 女	年 月 日生	(診療科)
	5	ふりがな	男 女	年 月 日生	(診療科)
※病院事務処理欄					