

東京警察病院 連携医登録申請書

平成 年 月 日

一般財団法人 自警会
東京警察病院 院長 殿

医療機関名

〒

所在地

電話番号

FAX番号

メールアドレス

(フリガナ)

医師名

年 月 日生

開業 年 月

医師免許取得 年 月

診療科

東京警察病院医療連携規程に賛同し、登録を申請します。

申請者名

印

* 「連携医証」は、医療機関名で発行させていただきます。