

東北労災病院 登録医申込書

下記のとおり、東北労災病院 登録医に申し込みます。

貴医療機関名	ふりがな							
	名称							
登録医師名	ふりがな							
	氏名							
	職名							
所在地	〒							
電話番号	() -							
FAX番号	() -							
E-Mail	@							
	※メルマガ配信・メーリングリスト <input type="checkbox"/> 参加(メルマガ受け取り了承) <input type="checkbox"/> 不参加(メルマガ不要の場合)							
標榜診療科 ※該当欄にチェック	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 胃腸科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 心臓血管外科 <input type="checkbox"/> 小児外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 大腸肛門外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 気管食道科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 性病科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 循環器疾患 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> スポーツ整形 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> ペインクリニック <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> がん経口治療 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 介護・老人施設併設 <input type="checkbox"/> その他 ()							
診療時間	午前・午後	月	火	水	木	金	土	日
		: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :	: ~ :
医院紹介 ※200字以内								
交通アクセス		例)地下鉄南北線 台原駅から徒歩5分						
貴医療機関URL								
リンク許可		<input type="checkbox"/> リンク許可する <input type="checkbox"/> リンク許可しない						
掲示医師ご確認		<input type="checkbox"/> ①当院ホームページ掲載希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> ②院内掲示板掲載希望 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない						
※患者さま、および地域住民向けとして、登録医療機関名等を東北労災病院のホームページ上、院内掲示板にて公表させていただきます。								

上記内容をご記入の上、FAXにてご送信ください。

ご送信先 FAX 0120-772-061

お問い合わせは 東北ろうさい病院 地域医療連携室 へ
 電話番号:022-275-1467(代表) FAX:0120-772-061