様式1

FAX

0742－46－7666

登録医制度の申込につきましては、お手数をおかけいたしますが、登録医申請書（様式1）・医療機関情報用紙（様式2－1、2－2）に必要事項をご記入の上
FAXまたはメールで返信くださいますようお願い申し上げます。

◇ 県立奈良病院登録医申請書 ◇

ふりかな
施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ふりかな
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

E-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

登録医として、当院ホームページなどにおける公開を希望されますか？

（ YES ・ NO ）

【お問合せ】
〒631－0846
奈良市平松一丁目30番1号
県立奈良病院 地域医療連携室
TEL 0742－46－6001（内線2347）
FAX 0742－46－7666
メールアドレス n-renkei@m3.kcn.ne.jp