

様式1



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。

◇ 奈良県総合医療センター登録医申請書 ◇

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

奈良県総合医療センター

TEL 0742-46-6001(内線2347)

FAX 0742-46-7666

メールアドレス n-renkei@m3.kcn.ne.jp