

独立行政法人国立病院機構山形病院 協力医申請書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

山形病院 院長 様

私は、貴院協力医制度の内容に同意し、協力医となることを希望いたしますので下記のとおり申請いたします。

ふりがな	
氏名	Ⓜ 男 ・ 女
生年月日	年 月 日
医療機関名	
所在地	(〒 -)
電話番号	
F A X	
メールアドレス	
ホームページ	
標榜科	
山形病院ホームページへの掲載について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 保留
山形病院ホームページから協力医医療機関へのリンクについて	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 保留
山形病院院内掲示、広報誌への掲載について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 保留