

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）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】

〒630-8581

奈良市七条西町2丁目897-5

奈良県総合医療センター

TEL 0742-46-7999

FAX 0742-46-7666

メールアドレス n-renkei@m3.kcn.ne.jp