

千鳥橋病院 地域連携室行 FAX 0120-651-206

千鳥橋病院 連携医療機関 登録申込書

年 月 日

千鳥橋病院院長 様

千鳥橋病院の連携医療機関として登録を申込みます。

医療機関名	
代表者氏名	
住所	(〒 -)
電話	
FAX	
ホームページ URL	
標榜科目	
在宅診療（訪問診療）の実施	実施している 実施していない
貴院の特徴・その他ご意見等	

登録医情報につきましては、当院施設内及び当院ホームページ（医療機関名・住所・電話番号等）で公表しております。

公表を希望されない場合は下記の にチェックをお願いします。

公表を希望しない

〒812-8633 福岡市博多区千代5丁目18-1
千鳥橋病院 地域連携室
TEL:0120-651-205（連携室直通）
092-641-2761（病院代表）
FAX:0120-651-206（連携室直通）