

別紙

独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター
地域医療研修センター登録申請書

地域医療研修センター利用のため、登録を申請します。

平成 年 月 日

〒□□□□-□□□□

現住所

所属又は機関名

TEL _____

FAX _____

氏名又は代表者名

⑩

独立行政法人 国立病院機構 神戸医療センター 病院長殿