

医療法人 伊東会 伊東歯科

開放型連携医登録申込書

医療法人 伊東会 伊東歯科

開放型の連携医として登録します。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

病院・医院名

担当診療科

電話番号

FAX

E-mail

医療法人 伊東会 伊東歯科

院長 様

(本事業の目的以外に先生方の個人情報を利用することはありません。)

※登録申込書は **FAX** でお願い致します。 **FAX** 0120-548-633