

別紙

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。

令和 年 月 日

〒 □□□-□□□□

現住所

所属又は機関名

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

氏名又は代表者名

Ⓔ

e-mail \_\_\_\_\_

独立行政法人国立病院機構神戸医療センター院長 殿