

FAX

0745-31-1354

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）と医療機関情報用紙（様式2-1、2-2、2-3）に必要事項をご記入の上 FAXしてください。

## ◇ 奈良県西和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 \_\_\_\_\_ ホームページ 有 無

連絡担当窓口 \_\_\_\_\_

登録医として、ホームページ・かかりつけ医コーナーへの広報など希望されますか？  
( YES ・ NO )

【お問合せ】  
〒636-0802  
生駒郡三郷町三室1丁目14-16  
奈良県西和医療センター 患者支援センター  
TEL 0745-32-0505(内線2119)  
FAX 0745-31-1354  
メールアドレス seiwa-chiren@nara-pho.jp