



旭川赤十字病院 地域医療連携室 宛

旭川赤十字病院 登録医制度 申し込み用紙

旭川赤十字病院 登録医制度へのお申し込みは、この用紙に以下をご記入の上、FAXでご送信をお願いいたします。
後日、担当者よりご連絡させていただきます。

施設名 _____

電話番号 _____

ご担当者様 (職名) _____ (氏名) _____

ご連絡先

旭川赤十字病院 地域医療連携室
〒070-8530

北海道旭川市曙1条1丁目1-1

Tel (代表) 0166-22-8111

Fax (直通) 0166-22-8287

renkei@asahikawa.jrc.or.jp