

いわき市医療センター
地域医療連携機関登録申請書

令和 年 月 日

いわき市医療センター
院長 相澤 利武 様

所在地

医療機関名

いわき市医療センター地域医療連携機関に次のとおり登録申請いたします。

医療機関名	
開設者名	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
主な診療科	