　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録医番号　TS110000

**豊橋市民病院**

**地域連携登録医認定証**

○○○○病院

豊橋太郎様

地域医療の発展に寄与することを目的とした豊橋市民病院地域連携登録医として

認定します。

　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

豊橋市民病院

　　　　　　　 院長　○○　○○