

登録医申請書

市立伊勢総合病院
院長 原 隆久 様

私は、市立伊勢総合病院登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。

申請者

印

| | | | | |
|---|-----|---|-----|--|
| 医療機関情報 | 名称 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | TEL | | FAX | |
| | 標榜科 | | | |
| ※当院ホームページへの掲載を <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません | | | | |

| 医師名 | 生年月日 | 専門科目 |
|------|-------|------|
| ふりがな | 年 月 日 | |
| ふりがな | 年 月 日 | |
| ふりがな | 年 月 日 | |
| ふりがな | 年 月 日 | |
| ふりがな | 年 月 日 | |

※登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます

市立伊勢総合病院記入欄

| | |
|-------|--|
| 登録年月日 | |
| 管理番号 | |