

(第1号様式)

宛先 桑名市総合医療センター地域医療センター【FAX 0594-22-2166】

令和 年 月 日

登録医申請書

地方独立行政法人桑名市総合医療センター
病院長 市川 毅彦 様

私は、桑名市総合医療センター登録医となることを希望しますので登録をお願いします。

申請者

印

医療機関	名称			
	所在地	(〒 -)		
	TEL		FAX	
	メールアドレス			
	標榜科			
	URL			
※当院ホームページへの掲載を ※()医師会に		<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 加入しています	<input type="checkbox"/> 希望しません <input type="checkbox"/> 加入していません	

医師名	性別	生年月日	専門科目
ふりがな	男・女	西暦 年 月 日	
ふりがな	男・女	西暦 年 月 日	
ふりがな	男・女	西暦 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。

(桑名市総合医療センター記入欄)

登録年月日	
管理番号	