

宛先 大阪みなと中央病院 地域医療連絡室【FAX 06-6572-6713】

登録医申請書

平成 年 月 日

大阪みなと中央病院
院長 別府 慎太郎 様

住 所 _____

医療機関名 _____

電 話 () _____

ふりがな
医 師 名 _____
大・昭・平 年 月 日生

診 療 科 _____

大阪みなと中央病院における登録医制度の主旨に賛同し、登録の申込をします。

なお、登録医活動を行うに際しては、大阪みなと中央病院の諸規定を遵守します。

* 登録の受託は、病院長からの登録医証の発行をもって代えます。