

登録医申請書

年 月 日

大阪みなと中央病院 院長殿

住 所

医療機関名

電 話

ふりがな
医 師 名

生 年 月 日

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。