

登 録 医 申 請 書

フリガナ 氏 名		男 女	生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒			
電 話			F A X	
医 療 機 関 名			診 療 科	
同 上 所 在 地	〒			
電 話			F A X	
医籍登録 番 号	第	号	医籍免許 登 録	年 月 日
保険医登 録票番号	岐 医		医 師 会 区 分	
保険医 登録年月日	昭和・平成 年 月 日			

長良医療センターにおける開放型病床システムを利用するため、登録医の申請をします。

平成 年 月 日

(あて先) 長良医療センター病院長

医師会 医師名

印

上記の者を長良医療センターにおける開放型病床システムを利用する登録医として適任と認め、推薦します。

平成 年 月 日

医師会長

印