

登録医申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人明石市立市民病院 理事長 様

私は、貴病院の登録医となることを希望しますので申請します。

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

医療機関名 _____

代 表 者 _____ (印)

管理者 (院長) _____

診療科目 _____

専門分野【具体的にご記入ください。】

駐車場・・・(有・無) 車いす受診・・・(可・不可)

└ () 台

各種指定

生活保護法・・・(有・無) 労災保険・・・(有・無)

女性医師・・・(いる・いない)

往診・・・(有・無) 在宅支援診療所・・・(有・無)