

(様式1)

登録番号	
登録年月日	

登録医申請書

(宝塚市立病院開放型病床)

令和 年 月 日

宝塚市立病院
病院長

申請者
医師氏名 ㊞

ふりがな				男	生年月日	年 月 日
氏名				女		
自宅住所	(〒 -)					
電話番号	自宅			携帯		
医療機関	名称					
	所在地	(〒 -)				
	開設者名					
	電話番号					
	FAX番号					
	メールアドレス					
	主な診療科名					

上記の者を、宝塚市立病院開放型病床利用登録医（地域連携登録医）として適任と認めます。

令和 年 月 日