

(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)

平成 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。

平成 年 月 日