

(様式1)

登録医申請書

(宝塚市立病院開放型病床)

年 月 日

宝塚市立病院
病院長

登録医とは、当院と地域の医療機関の先生が共同し、より良い地域完結型医療を推進していくための制度です。

申請医師名	ふりがな
	印
医療機関	名 称
	所 在 地 〒
	電 話 番 号
	FAX 番 号

〈当院使用欄〉

宝塚市立病院開放病床利用登録医（地域連携登録医）として適任と認めます。

登録医番号	
登録年月日	