

市立札幌病院 開放型病院登録医申請書

ふりがな 登録医氏名	(印)	男 — 女	生年月日	年 月 日
医療機関 名称				
医療機関 所在地	(〒 —)			
電話番号	() —	F A X 番号	() —	
標榜診療科目				
e-Mailアドレス				
医籍 登録番号	第 号			
医籍登録 年月日	年 月 日			
保険医 登録記号番号				
麻薬施用者 免許	(有 ・ 無) 第 号			
<p>市立札幌病院 病院長 様</p> <p style="text-align: center;">上記の医師を市立札幌病院開放型病院登録医として届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者名 _____ (印)</p>				

※登録医番号 第 号 ※登録年月日 年 月 日

※印欄は記入しないでください。