

大森赤十字病院登録医申請書

令和 年 月 日

医師会
会長 様

医療機関住所〒
医療機関名称
電話番号

フリガナ
医師名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生

医籍登録番号 号

医籍登録年月日 昭・平・令 年 月 日

担当診療科

私儀
大森赤十字病院における地域連携システムの主旨に賛同し、登録を申請します。
なお、登録医活動を行う際は、大森赤十字病院の諸規定を遵守します。