

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 _____ (印)

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。