

# 大森赤十字病院登録医申請書

令和 年 月 日

大森赤十字病院

院長 橋口 陽二郎 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開放型病院の運営の主旨に賛同し、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程を遵守します。