

# 大森赤十字病院登録医申請書

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 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

医籍登録番号 \_\_\_\_\_ 号

医籍登録年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

担当診療科 \_\_\_\_\_

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。

※ 申請時には証明書用写真（縦40mm×横30mm）の写真を1枚添付してください。