　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

『登録医』登録申請書

　名張市立病院病院長　御中

　下記の通り申請を致します。

|  |  |
| --- | --- |
|  | ふりがな  氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 写　真 | 生年月日：　　　　　 　年　　　　月　　　　日 |
|  | 住　　所： |
|  | 卒業大学名／卒業年次：　　　　　　大学　　　年卒 |
|  | 医籍登録番号： |
|  | 診療科目、専門領域： |
| 所属医師会名称： |  |
| 住　　所： |  |
| 勤務先医療機関名称： | Tel. 　 Fax. |
| 住　　所： |  |
| 臨床職歴： |  |
| 地域医療連携室利用内容： | |

名張市立病院　地域医療連携室

病診連携係

三重県名張市百合が丘西1番町178番地

＜TEL＞０５９５－６１－１３２２（予約）

＜FAX＞０５９５－６１－１３２４（予約）