

様式 1

岩手県立中央病院連携登録医申請書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院連携登録医制度要綱に基づき登録医申請します。

登録する医療機関	所在地	〒 _____
	名称	
	開設者名	
	電話番号	(_____)
	FAX番号	(_____)
	E - M A I L	
登録医制度を利用する医師・歯科医師の氏名及び診療科	ふりがな 氏名 (診療科： _____) 連絡先 _____ (_____) FAX _____ (_____) E-mail: _____ ※ 登録No. _____ (病院記入)	
	ふりがな 氏名 (診療科： _____) 連絡先 _____ (_____) FAX _____ (_____) E-mail: _____ ※ 登録No. _____ (病院記入)	
	ふりがな 氏名 (診療科： _____) 連絡先 _____ (_____) FAX _____ (_____) E-mail: _____ ※ 登録No. _____ (病院記入)	
	※病院事務処理欄	