

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			