

様式2

令和 年 月 日

様

岩手県立中央病院長

「岩手県立中央病院連携登録医」登録確認書

令和 年 月 日付で申請のありました「岩手県立中央病院連携登録医制度」の登録について、下記のとおり登録医名簿に登載しましたので、登録確認書及び登録医証を送付いたします。

記

登録番号	
登録医療機関名	
登録氏名	