

(医科)

年 月 日

登 録 医 申 請 書

武蔵野赤十字病院

院長 泉 並 木 様

貴院の登録医として、下記のとおり申請いたします。

医師会

会長 _____ 印

< 申請医療機関 >

名 称	
所在地	〒 _____ TEL _____ FAX _____
標榜科目	
URL	

< 申請者 >

医師名 (フリガナ)	印	専門科目	メールアドレス

- ※ FAXによる医療情報の送信を
- ※ 当院ホームページとのリンクを
- ※ 医師会に

- ☐ 希望します
- ☐ 希望します
- ☐ 加入しています
- ☐ 希望しません
- ☐ 希望しません
- ☐ 加入していません