

(医科)

年 月 日

登録医申請書

武蔵野赤十字病院
院長 黒崎 雅之 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 _____ ⑩

<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