

(歯科)

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。

歯科医師会

会長 _____ ⑩

< 申請医療機関 >

名 称	
所在地	〒 _____ TEL _____ FAX _____
標榜科目	
U R L	

< 申請者 >

医師名 (フリガナ)	印	専門科目 (○で囲んでください)	メールアドレス
_____		一般・小児・矯正 口腔外科 その他 ()	
_____		一般・小児・矯正 口腔外科 その他 ()	
_____		一般・小児・矯正 口腔外科 その他 ()	

※ F A Xによる医療情報の送信を

☐希望します

☐希望しません

※ 当院ホームページとのリンクを

☐希望します

☐希望しません

※ 歯科医師会に

☐加入しています

☐加入していません