

(歯科)

年 月 日

## 登録医申請書

武藏野赤十字病院  
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。

歯科医師会

会長 \_\_\_\_\_ (印)

### <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 ( )	

- ※ 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
- ※ 歯科医師会に

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