

大森赤十字病院登録医申請書

平成 年 月 日

大森赤十字病院

院長 中瀬 浩史 様

医療機関住所㊦

医療機関名称

電話番号

フリガナ

医師名 _____ ㊦

生年月日 明・大・昭 年 月 日生

医籍登録番号 _____ 号

医籍登録年月日 昭・平 年 月 日

担当診療科 _____

私儀

大森赤十字病院における開放型病院の運営の主旨に賛同し、登録を申請します。

なお、登録医活動を行う際は、大森赤十字病院の諸規程を遵守します。

申請時には証明書用写真（縦40mm×横30mm）の写真を1枚添付して下さい。