

(様式 1)

登録番号	
登録年月日	

# 登録医申請書

(三田市民病院)

年 月 日

三田市民病院  
病院長 様

申請者

医師氏名

印

ふりがな	氏名	男 ・ 女	生年月日	年	月	日
医療機関	名称					
	所在地	(〒 - )				
	開設者名					
	電話番号					
	FAX番号					
	メールアドレス					
	主な診療科名					
	貴医療機関のホームページへのリンク	希望する (ホームページアドレス: ) 希望しない				

上記の者を、三田市民病院開放型病床利用登録医として適任と認め、承認します。

年 月 日

三田市民病院 院長

印