

登 録 医 申 請 書

(岡山赤十字病院開放病床)

ふりがな			男	生 年 月 日		年 月 日	
氏 名			女				
住 所	〒			電 話			
病 院 (医 院) 名 称				診 療 科 目			
同 上 所 在 地	〒			電 話			
最 終 卒 業 学 校 名				卒 業 年 月 日		年 月 日	
医師登録番号	第 号			医師免許登録 年 月 日		年 月 日	
病 院 (医 院) 開 設 年 月 日	年 月 日			保 険 医 登 録		申請 有 無	
履 歴 事 項 臨床経験等				生 保 指 定 医		有 無	
				結 核 予 防 指 定 医		有 無	
				麻 薬 使 用 者 免 許		申請 有 無	
岡山赤十字病院が設置する開放病床を利用する登録医となるよう申請します。 年 月 日 岡山赤十字病院長 實金 健 殿 医師氏名 印							
岡山赤十字病院が設置する開放病床を利用する登録医として適任と認め推せんします。 年 月 日 医師会長 印							
登 録 番 号	第 号			登録年月日		年 月 日	
院 長		副 院 長		副 院 長		副 院 長	
					事 務 部 長		
						課 長	
							係