

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	昭	年	月	日	
氏名		女		平				
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
臨床 履 歴 事 項 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。								
令和 年 月 日								
岡山赤十字病院長 辻尚志 殿								
医師氏名 ⑩								
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。								
令和 年 月 日								
医師会長 ⑩								
登録番号	第	号	登録年月日	令和	年	月	日	
院長	副院長	副院長	副院長	事務部長	課長	係		