

様式第1号

# 登録医申請書

(富山市民病院開放型病床)

氏名 <small>ふり がな</small>	(男・女)	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所	〒	電話番号	( )	—		
病院(医院)名称		診療科目 (専門分野)				
同 上 所 在 地	〒	電話番号	( )	—		
病院(医院)開設年月日		年	月	日	F A X	( ) —
医 籍 登 録 番 号	第	号	医 籍 登 録 年 月 日		年	月 日
麻薬施用者 免許・番号	有・無	第	号	保 險 医 登 録 番 号		
富山市民病院開放型病床登録医を申請します。						
平成 年 月 日						
(あて先) 富山市民病院事業管理者						
				医師氏名	印	
富山市民病院開放型病床登録医として適任と認め推薦します。						
平成 年 月 日						
				医師会長	印	
※						
登録番号 第 号 登録年月日 平成 年 月 日						

※印欄は、記入しないでください。