

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	大正 昭和 平成	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	保険医 登録番号		
<p>富山市民病院開放型病床登録医を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 富山市民病院事業管理者</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 印</p>						
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師会長 印</p>						
<p>※ 登録番号 第 号 登録年月日 令和 年 月 日</p>						

※印欄は、記入しないでください