

(様式1)

登録医申請書

北九州市立医療センター院長 様
(医療連携室 FAX : 093-533-8718)

北九州市立医療センター開放病床等共同利用登録医の登録を申請します。

フリガナ				男 女	生年月日	年 月 日
氏名						
医療機関	名称					
	所在地	(〒 -)				
	電話番号		FAX番号			
	標榜診療科目					
医籍	登録番号	第 号	登録年月日	年 月 日		
麻薬使用者 免許有無	有 (第 号) ・ 無			保険医 登録番号		

※ 登録番号	第 号	※ 登録年月日	年 月 日
-----------	-----	------------	-------

※は記入しないでください。