

(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	(〒 ー)			
	電話番号		F A X 番号		
	標榜診療科目	主な診療科目、4つ以内とします。			
ホームページ、病院内の掲示板及びデジタルサイネージに「医療機関名、所在地、電話番号、診療科目」の掲示を予定しております。どちらかに丸印をつけてください。			掲示を希望する。 掲示を希望しない。		
* 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		

*この部分は、省略可。必要が生じた場合は、お尋ねをいたします。

※メールアドレスの記入をお願いします。

※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。