

(様式2)

第 号

# 登録医証

医療機関名

登録医氏名 様

貴方は北九州市医療センター開放病床等  
施設共同利用登録医であることを証しま  
す

年 月 日

北九州市立医療センター  
院長

北九州市立  
医療センター  
病院長 印