

(様式1)

登録医申請書

北九州市立八幡病院院長 様
(地域医療連携室 FAX: 093-662-1909)

北九州市立八幡病院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					
氏名				男 女	生年月日 年 月 日
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	

*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。

* 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。