

登録医申請書 (新規・変更)

年 月 日

愛媛県立中央病院登録医制度に関する規程に基づき、登録を申請します。

所属する医療機関	医療機関名称				
	所在地				
	電話番号				
	FAX番号				
	E-mail	@			
E-Mail登録について(医療連携懇話会等お知らせいたします)		<input type="checkbox"/> 登録する		<input type="checkbox"/> 登録しない	
当院の掲示板・ホームページ等への医療機関名の掲載		<input type="checkbox"/> 承諾する		<input type="checkbox"/> 拒否する	
登録を申請する医師の氏名等	No.	氏名	性別	生年月日 <small>西暦記入</small>	診療科
	1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
	3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
4	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
5	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
病院事務処理欄					

- ※ 添付書類：医師免許証の写し
- ※ FAXもしくは郵送にて提出してください。
- ※ 変更の場合は、医療機関名及び変更箇所のみご記入ください。

愛媛県立中央病院 地域医療連携室
TEL:089-987-6270 (直通)
FAX:089-987-6271