

# 市立函館病院 開放型病床登録医申請書

ふりがな 登録医氏名	印	男 — 女	生年月日	年 月 日
医療機関 名称				
医療機関 所在地	(〒 — )			
電話番号	( ) —	F A X 番号	( ) —	
標榜診療科目				
e-Mailアドレス				
医籍 登録番号	第 号			
医籍登録 年月日	年 月 日			
保険医 登録記号番号				
麻薬施用者 免許	( 有 ・ 無 ) 第 号			
<p>市立函館病院 院長 森下清文様</p> <p style="text-align: center;">上記の医師を市立函館病院開放型病床登録医として届出いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者名 <span style="float: right;">印</span></p>				

※登録医番号 第 号 ※登録年月日 年 月 日

※印欄は記入しないでください。