

第〇〇〇号

登 録 医 証

登録医療機関名 医療法人社団
〇〇〇〇〇〇クリニック

登録医師名 〇〇 〇〇 様

貴方は、市立函館病院開放型病床
登録医であることを証します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日
市立函館病院
院長 森 下 清 文