

(医科)

令和 年 月 日

## 登録医申請書

武蔵野赤十字病院

院長 泉 並 木 様

貴院の登録医として、下記のとおり申請いたします。

\_\_\_\_\_  
医師会

会長 \_\_\_\_\_ (印)

### <申請医療機関>

名称	
所在地	〒 _____ Tel _____ FAX _____
標榜科目	
URL	

### <申請者>

医師名(フリガナ)	印	専門科目	メールアドレス
_____			
_____			
_____			

※ FAXによる医療情報の送信を

希望します

希望しません

※ 当院ホームページとのリンクを

希望します

希望しません

※ 医師会に

加入しています

加入していません