

(様式1)

登録医申請書

平成 年 月 日

独立行政法人労働者健康福祉機構
中国労災病院長 殿

申請(代表)者氏名 _____ 印

中国労災病院の登録医について下記のとおり申請いたします。

記

医療機関名		
医療機関所在地	〒	
(フリガナ) 医師氏名		標榜診療科
(フリガナ) 医師氏名		標榜診療科
(フリガナ) 医師氏名		標榜診療科
TEL		
TEL(上記以外緊急時等)		
FAX		

(中国労災病院登記入欄)

登録年月日	登録医証書番号
年 月 日	第 号