

開放型病床登録医申請書

年 月 日

社会医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院

理事長 横倉 義武 殿

申請医師氏名 _____ 印

社会医療法人 弘恵会 ヨコクラ病院 開放型病床に登録医として申請します。

1. 登録医氏名: _____ 生年月日: _____年____月____日
2. 医療機関所在地: 〒 _____
3. 医療機関名称 : _____
4. 標榜診療科: _____
5. 保険医登録番号: _____ 福 医 _____
6. 連絡先 : 電話番号 _____ Fax _____

☆ 登録医療機関の紹介について

◆ホームページによる開放型病床登録機関を紹介しております。

希望する 希望しない

◆院内で開放型病床登録機関を紹介しております。

希望する 希望しない