

## 登 録 医 申 請 書

中津市立中津市民病院  
院長 あて

中津市民病院共同利用登録医の登録を申請します。

ふりがな 申請者氏名	(印)	男 女	生年月日	年 月 日
申請者住所	(〒 — )	電 話		
医療機関 名称			開設者 氏名	
医療機関 所在地	(〒 — )			
電話番号			F A X 番号	
e-Mail アドレス			当院からの案内の電 子メールでの受取り	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
標榜診療 科 目				
医 籍 登録番号	第 号	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日	
麻薬施用者 免 許	有 ・ 無 第 号	保 険 医 登 録 番 号		

上記の者を中津市民病院共同利用登録医として推薦します。

年 月 日 推 薦 者

(印)

※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。