

(様式1)

登 録 医 申 請 書

平成 年 月 日

地域医療支援病院 北見赤十字病院
病院長 吉 田 茂 夫 殿

私は、貴病院の登録医師となることを希望しますので申請します。

郵便番号 〒 -

住 所 _____

電話番号 _____ - ()

FAX番号 _____ - ()

医療機関名 _____

診療科目名 _____

ふ り が な
登録医師名

印

【専門・得意領域】

◀ 病院記載欄 ▶

登録日 年 月 日 登録医番号

【連携希望分野】

【申請方法】

1. 登録医申請書をご記入の上、提出して頂きます。
2. 顔写真（3×4 cm）を申請書に同封して頂くか、画像データを下記のメールアドレスに送信願います。写真は、登録医証に使用すると共に、当院の職員用ホームページに掲載させて頂きます。市民向けホームページには、写真は掲載いたしません。
3. また、当院のホームページに登録医一覧を掲載しておりますが、そこに貴院が公開しているホームページへリンクできるようにアドレスを掲載することができますが、希望する場合、右記に○印をつけて下さい。 希望する <http://www.>
4. 申請書裏面の記入欄は当院への連携希望分野を記入願います。