

(様式1)

# 登録医申請書

年 月 日

地域医療支援病院 北見赤十字病院  
病院長 荒川 穰 二 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。