

登録医申請書

年 月 日

日本赤十字社医療センター
院長 殿

日本赤十字社医療センターが推進する地域医療連携の趣旨に賛同し、登録を申請します。

ふりがな
医療機関名 _____

〒
住 所 _____

電 話 _____

F A X _____

ふりがな
医 師 名 _____

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

医籍登録番号 _____ 号
(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

※併せて「医師免許証 (写)」または「歯科医師免許証 (写)」を
お送りください。

※ 医療センター記入欄

登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 登録No. _____