

登録医申請書

(北斗病院開放型病床)

北斗病院開放型病床登録医を申請します。

平成 年 月 日

社会医療法人 北斗 北斗病院

院長 井出 渉 様

医療機関名

住所

氏 名

印

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

診療科目			
電話番号		FAX番号	
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	

※ 登録番号 第 号 登録年月日 平成 年 月 日

※印欄は、記入しないで下さい。