

登録番号	
登録年月日	

年 月 日

登録医申請書

私は、松江市立病院の登録医となることを希望しますので、登録をお願いいたします。

松江市立病院
 病院長 入江 隆 様

ふりがな			男・女
申請者氏名		印	
病院、又は 診療所	所在地	(〒 -)	
	名称		
	電話		
	FAX		
	標 榜 診療科名		
申請者の役職			
緊急時の連絡先			
在宅療養支援診療所※		該 当 ・ 非 該 当	

※在宅療養支援診療所に該当する医療機関は、施設基準届出添付書類の写し及び緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書を添付して下さい。