様式第一号

登 録 番 号	
登録年月日	

令和　　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　　久留　一郎　　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。