（様式１）

登録医申請書

令和　　年　　月　　日

稲沢市民病院長　様

　わたしは稲沢市民病院登録医制度の趣旨に賛同し、同実施要綱第３条の規定に基づき登録医として申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 登録医氏名 |  |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ |
| 所属医師会 |  |

稲沢市民病院　地域医療連携室

電話番号　０５８７－３３－５０２１

ＦＡＸ番号　０５８７－３３－５０２２