

# 別紙

(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メールアドレス	@
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