

(様式1)

登録番号	
登録年月日	

登録医申請書

私は、広島赤十字・原爆病院開放病床の登録医となることを希望しますので、
次のとおり登録を申請いたします。

平成 年 月 日

広島赤十字・原爆病院

病院長 古川善也様

申請者

医師氏名

㊞

ふりがな		男			
氏名		・	生年月日	昭和	年 月 日
		女			
自宅住所	(〒 -)		自宅電話		
医療機関	名称				
	所在地	(〒 -)			
	開設者名				
	電話		FAX		
	主な診療科名				
医籍登録	昭・平 年 月 日 (第 号)				
保険医登録番号					

上記の者を広島赤十字・原爆病院開放病床の登録医として推薦します。

平成 年 月 日

推薦者 広島市西区観音本町1丁目1-1

一般社団法人 広島市医師会

会長 松村 誠 ㊞