

(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。

年 月 日

広島赤十字・原爆病院

院長 古川善也様

申請者

医師氏名

印

ふりがな		男		
氏名		・	生年月日	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	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。

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

印