

年 月 日

広島赤十字・原爆病院施設・設備共同利用登録医療機関申込書

広島赤十字・原爆病院長 様

申請者氏名

印

私は、広島赤十字・原爆病院施設・設備等共同利用の登録を希望しますので、申込いたします。

名称			
所在地	(〒 -)		
開設者名		開設年月日	
電話番号		FAX番号	
主たる診療科			
代表者氏名			
代表者 医籍登録	年 月 日 (第 号)		
保険医 登録番号			
広島赤十字・原爆病院の共同利用登録医療機関であることの貴院での掲示等（プレートの発行）について			
希望する 希望しない			
広島赤十字・原爆病院での当院の医療機関名称の使用（掲示物・印刷物等）について			
承諾する 承諾しない			
(いずれかに○印をお願いします。)			
備考			

注 登録医療機関として貴院の医療機関名称の使用を承諾される場合は、共同利用登録医療機関調査票に必要事項をご記入いただき、併せてご返送ください。