

(様式1)

|       |  |
|-------|--|
| 登録番号  |  |
| 登録年月日 |  |

## 開放病床登録医申請書

私は、県立二葉の里病院の開放病床登録医になることを申請します。

年 月 日

県立二葉の里病院 病院長 殿

申請者

氏名

印

|         |             |   |     |  |
|---------|-------------|---|-----|--|
| ふりがな    |             |   |     | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |
| 氏名      |             |   |     |  |
| 医療機関名   | 名称          |   |     |  |
|         | 所在地         | 〒 |     |  |
|         | 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 |             |   |     |  |
| その他     |             |   |     |  |

上記の者を県立二葉の里病院の開放病床登録医として推薦します。

年 月 日

推薦者

医師会長

印