

（様式1）

**登録医申請書**

　　　　　　20　　　年　　　月　　　日

さいたま赤十字病院

　病 院 長　 様

さいたま赤十字病院が推進する地域医療連携の趣旨に賛同し、登録を申請します。

1．

〒　 －

**FAX番号：048-852-1132**

2． 住　　　所

3． 電　　　話 　　　　　　　－　　　　　　－

4． F　 A 　X　　　　　　　　－　　　　　　－

5．

6． 生年月日　 （西暦） 年　　　　月　　　　日

7． 医籍登録番号　　　　　　　　　　　　号（（西暦）　　 　年　　月　　日）

8． 専門科目

9． 所属医師会　　□医師会　　　 （　　　　　　　　　　　医師会）

　　　　　　　　 □歯科医師会 　（　　　　　　　　　歯科医師会）

　　　　　　　 □所属医師会なし（　申請予定あり 　・　申請予定なし　）

10． 登録医療機関ボードの掲示 □希望　　　□希望しない

11． 当院ホームページへの掲載

□希望　　　□希望しない

※当院記入欄

登録年月日　　 20　 　年　　 　月　　　 日

登録医療機関番号　　 第　　　　　　　　　　　 号

登録医番号　　 第　　　　　　　　　　　 号