

公立学校共済組合近畿中央病院 登録医申請書

公立学校共済組合近畿中央病院
病院長 甲村 英二 様

私は、公立学校共済組合近畿中央病院の理念と開放型病床の趣旨について
賛同しますので、登録医となることを希望します。

医療機関名

令和 年 月 日

※	ふりがな		
※	氏名	姓	名
※	生年月日	年	月 日 生
	出身校・卒業年度	大学	昭・平 年卒
	所属学会 (認定資格)	有()	・ 無
	得意分野		

【所属医療機関】

※	所在地	〒()	
※	電話・FAX	電話	FAX

※:記載必須項目

当院ホームページ医院名と、先生の診療所ホームページのリンクについて

諾 ・ 否 ・ HPはない