

様式第1号（第3条関係）

登録医届出書

フリ 氏 名		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所	〒			
電 話		F A X		
医療機関名	(診療科：)			
所 在 地	〒			
電 話		F A X		
医籍登録番号	第 号	医籍免許登録 年 月 日	年 月 日	
保険医登録票番号	岐 医	医師会区分		
保険医登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			

大垣市民病院開放型病床を利用するため、登録医の届出をします。

年 月 日

大垣市民病院長 様

医師会 医師名

(印)

上記の者を大垣市民病院開放型病床を利用する登録医として適任と認め、推薦します。

年 月 日

医師会 会長

(印)