

年 月 日

## 登録医申請書

私は、病診連携を行い、共に地域住民の健康増進、地域医療の向上のために  
貴開放型病院登録医の申請をします。

住 所 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
主な診療科 \_\_\_\_\_  
電 話 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_

新行橋病院 院長 殿