

国立病院機構指宿医療センター 開放型病院登録医申込書

国立病院機構指宿医療センター開放型病院の登録医として申し込みます。

氏名：ふりがな 氏 名：

担当診療科：

医療機関名：

住所：

電話番号： —

FAX番号： —

※医療機関名を当院開放型病院の登録機関として掲示（当院玄関掲示板及びホームページ等）したいと考えております。何卒、ご承諾頂けますようお願い申し上げます。

医療機関名の掲示を 承諾する ・ 承諾しない
(○でお囲み下さい)

平成 年 月 日

国立病院機構指宿医療センター院長 殿