

黒石病院登録医申込書

平成 年 月 日

黒石市国民健康保険 黒石病院

院長 相馬 悌 殿

私は、黒石市国民健康保険黒石病院の登録医制度の趣旨に賛同し、
黒石病院登録医を申し込みます。

ふりがな	
医師名	④
生年月日	大正・昭和 年 月 日
医籍登録番号	号 (年 月 日)
病院又は 診療所名	
連絡先住所	〒
電話番号	— —
F A X	— —
標榜診療科	
興味ある または専門とする 診療領域	
備考	

* 当院記入欄 登録日 年 月 日 登録医NO. _____