

令和 年 月 日

登録医申請書

(宛先) 八尾市立病院 病院長

【登録医療機関基本情報】

所属医師会		医療機関コード	
フリガナ			
登録医療機関名			
開設者名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mail			

登録申請医師情報	医師名		性別	生年月日	診療科
	フリガナ	印			
	フリガナ	印			
フリガナ	印				

八尾市立病院登録医制度における主旨に賛同し、上記内容において登録を申請します。
また、登録医の活動においては、八尾市立病院の登録医要項を遵守します。

◆八尾市立病院地域医療連携室・ホームページ・広報紙等への、医療機関情報の掲載
(承諾する 拒否する)

※登録の承認は、病院長からの登録医証の発行をもってかえさせていただきます。
※本書を八尾市立病院地域医療連携室宛に郵送してください。

八尾市立病院 事務処理欄

登録日

令和 年 月 日

院長	事務局	地域

登録医番号	
-------	--