

登 録 医 申 請 書

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター
院 長 吉 田 和 彦 殿

私は、貴院との医療連携推進のため、「登録医」への申請を希望します。なお、「登録医」として認められた際は、貴院の登録医規程を厳守いたします。

年 月 日

(フリガナ)

1. 氏 名 : 印

2. 生年月日 : 年 月 日生

3. 開 院 先 : (医療機関名)

(住 所)

(電 話 番 号)

(F A X 番 号)

4. 自 宅 : (住 所)

(電 話 番 号)

5. 標 榜 科 :

6. 出 身 校 : (年卒業)

7. 個人情報について

登録医として認められた際は貴院内および貴院HP上にて登録医である旨を公開することに (同意します ・ 同意しません)