

開放型病床登録医申請書

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター

院長 井上 修平 殿

申請者

印

次のとおり、開放型病床を利用したいので、独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター開放型病院試行実施要綱第2条の規定により申請します。

氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒	電話番号	() -
医療機関名		診療科目	
医 籍 登録番号	第 号	医籍登録 年 月 日	
その他			

上記申請者は、独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター開放型病床の登録医として適任と認め推薦します。

平成 年 月 日

医師会
会長