

登録医申請書（新規・変更）

知多半島りんくう病院
院長殿

知多半島りんくう病院登録医制度に関する規定に基づき、下記の通り登録を申請します。

※太枠内の記入をお願い致します。

所属する医療機関情報	医療機関名称				
	所在地	〒			
	電話番号				
	FAX番号				
	E-Mail				
当院の掲示板・ホームページ等へ医療機関名等を掲載してよろしいか。					<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 拒否する
登録を申請する医師の氏名	No	氏名	性別	生年月日	診療科
	1		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	2		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	3		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	4		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	5		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	6		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	7		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	
	8		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 年 月 日	

※ F A X又は郵送にて提出してください。

※ 変更の場合は、医療機関名及び変更箇所のみご記入ください。

※ 登録完了は登録医証の発送を持ってかえさせていただきます。

知多半島りんくう病院 情報システム課

TEL : 0 5 6 9 - 3 5 - 3 1 7 0 FAX : 0 5 6 9 - 3 4 - 8 5 2 6