

登 録 医 申 請 書

当施設は、市立釧路総合病院の登録医制度運営規程にもとづき下記申請を致します。
 また登録期間中及び辞退後においても、登録医の業務上知り得た個人情報を第三者に漏らさないことを遵守します。

	項目	内容
基本情報	フリガナ	
	施設名称	
	標榜科	
	フリガナ	
	施設代表者名	
	所在地	〒 - 住所： _____ _____ TEL： _____ FAX： _____ E-mail： _____
	フリガナ	
	登録医師名	
	医籍登録番号	
	フリガナ	
	登録医師名	
	医籍登録番号	
	フリガナ	
	登録医師名	
医籍登録番号		

※登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

【事務記載欄】

登録年月日	年	月	日
登録医登録番号	第	号	

市立釧路総合病院

医療連携相談室

電話 0154-41-6262 (直通)

FAX 0154-41-8166 (直通)