

川崎市立井田病院

開放型病床登録医申込書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市立井田病院
院長 伊藤 大輔

川崎市立井田病院開放型病床登録医制度の趣旨を理解し、川崎市立井田病院の開放型病床登録医として希望しますので、下記の通り申請いたします。

医療機関名称 (フリガナ)	
医療機関所在地	(〒 -)
登録医師名 (フリガナ)	印
診療科名	
医療機関電話番号	() -
医療機関 FAX 番号	() -
備考	