（様式１）

《FAX送信先》

さいたま赤十字病院　医療連携課【**048-852-1132**】

**登　録　医　申　請　書**

さいたま赤十字病院

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者  (医師名) |  |

病院長　殿

さいたま赤十字病院登録医規定に基づき、以下のとおり登録医に申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　　日 |
| ふりがな |  | | 専門科目 |
| 登録者  氏名 |  | |  |
| 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| TEL |  | | |
| FAX |  | | |
| 所属医師会 | 医師会　　（医師会名：　　　　　　　　　　　　　　　　　医師会）  歯科医師会（医師会名：　　　　　　　　　　　　　　　　　歯科医師会）  所属医師会なし | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 登録医ボードへの掲示 | 希望します　　　　 希望しません |
| 当院ホームページへの掲載 | 希望します　　　　 希望しません |

|  |
| --- |
| 【登録年月日】　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 【登録医証書番号】　　第　　　　　　　　　　　号 |

（さいたま赤十字病院使用欄）