（様式 1）

日本赤十字社

登録医申請書

20　　年　　月　　日

さいたま赤十字病院
　病院長　様

さいたま赤十字病院が推進する地域医療連携の趣旨に賛同し、登録を申請します。

1. 医療機関名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
2. 住　　所　〒　　－　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
3. 電　　話　＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿
4. ＦＡＸ　＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿
5. 医師名（フリガナ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
6. 生年月日　（西暦）　　年　　月　　日
7. 医籍登録番号＿＿＿＿＿＿＿＿号（（西暦）　　年　　月　　日）
8. 専門科目　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
9. 所属医師会　□医師会　（　　医師会）
　□歯科医師会　（　　歯科医師会）
　□所属医師会なし（　申請予定あり　・　申請予定なし　）
10. 登録医療機関ボードの掲示　□希望　□希望しない
11. 当院ホームページへの掲載　□希望　□希望しない

※当院記入欄

登録年月日　20　　年　　月　　日

登録医療機関番号　第＿＿＿＿＿＿＿＿号

登録医番号　第＿＿＿＿＿＿＿＿号

FAX 番号：048-852-1132