

登録医届出書(A)

京都第二赤十字病院
病院長 日下部 虎夫 様

私は、京都第二赤十字病院の登録医となる事を希望します。

【届出登録医師】

フリガナ									
氏名	(印)								
生年月日	明・大・昭			年	月	日生			
フリガナ							院長名 (同一の場合不要)		
施設名称									
所在地	〒								
TEL・FAX	TEL ()			FAX ()					
緊急連絡先	TEL 携帯								
ホームページ	http;								
電子メール									
診療科									
診療時間	受付時間	月	火	水	木	金	土	日	休診日
	: ~ :								
	: ~ :								
可能な検査等									
在宅往診の可否	可: <input type="checkbox"/>				否: <input type="checkbox"/>				
※先生のPR・当院への要望等ございましたらご記入お願い致します。									