

登録医届出書(A)

京都第二赤十字病院

病院長 小林 裕 宛

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。									