登　録　医　申　請　書

私は、独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センターの
登録医となることを承諾いたしますので、登録をお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構
弘前総合医療センター　院長　　大熊　洋揮　殿

ふりがな	
氏　　名	印
生年月日	大正　昭和　平成　　年　　月　　日
連絡先住所	〒 電話　　（　　）
病院又は 診療所名	〒 電話　　（　　）
標榜診療科	※得意とする専門分野も併せてご記入ください。
興味のある 診療領域名	
備　　考	