

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 () FAX ()
	メールアドレス
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	