

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 袴田 健一 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			