

様式1

関西医科大学附属病院登録医届出書

学校法人関西医科大学地域医療センター
センター長 木下秀文 殿

私は、「関西医科大学附属病院登録医に関する規程」に則り、
下記のとおり、関西医科大学附属病院登録医となる事を届け出
ますので、ご承認願います。

届出日：令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女
登録医 届出者氏名	印		
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
フリガナ			
医療機関名			
施設長名	施設長名 (届出者と同一の場合は記入不要)		
所在地	〒		
連絡先	TEL： 緊急連絡時： FAX： Email：		
診療科名			