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 |  |