

福岡市民病院 開放型病床登録医申込書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人福岡市立病院機構
福岡市民病院
院長 堀内 孝彦

福岡市民病院開放型病床登録医制度の趣旨を理解し、福岡市民病院の開放型病床登録医として登録を希望しますので、下記のとおり申請します。

医療機関名称(フリガナ)	
医療機関所在地	(〒 -)
登録医師名(フリガナ)	印
診療科名	
医療機関電話番号	() -
医療機関FAX番号	() -
医療機関メールアドレス	
医療機関ホームページ	
備 考	