

FAX : 098-888-1212

登録医申請書

令和 年 月 日

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

院長 和氣 亨 殿

貴院の登録医に [申し込みます。 今回は見送ります。]

1. 新規申請届 2. 変更申請書 3. 解除申請届

フリガナ					
医療機関名					
フリガナ					
開設者名	印				
所在地	〒				
電話番号	FAX				
E-mail					
登録医師名	フリガナ		職種		専門
	氏名				
	フリガナ		職種		専門
	氏名				
	フリガナ		職種		専門
	氏名				
	フリガナ		職種		専門
氏名					

院内の「登録医一覧表」に掲示してもよいですか [はい・いいえ]

当院 HP の「登録医一覧表」に掲載してもよいですか [はい・いいえ]

HP お持ちの場合、当院の HP にリンクして掲載してよいですか [はい・いいえ]

地域医療支援病院事務局 TEL : 098-888-0125 (直通) FAX : 098-888-1212