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　殿

今回の申請内容を選択ください

　1.　　新規申請　　　　　　　２．　　変更申請　　　　　　３．　　解除申請

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

院内の「登録医一覧表」に掲載してもよろしいですか　　　　　　　【　　　はい　　　・　　　いいえ　　】

当院HPの「登録医一覧表」に掲載してもよろしいですか　　　　【　　　はい　　　・　　　いいえ　　】

HPをお持ちの場合、当院のHPにリンクして掲載してもよろしいですか　　　【　　　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