

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 福里 吉充 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