

(様式 2)

宮城県立こども病院 登録医 追加 申込書

宮城県立こども病院 院長 殿

宮城県立こども病院 登録医 として、本医療機関に勤務する医師の追加を申し込みます。

記入日 年 月 日

フリガナ				
医療機関名				
電話番号				
※当院記入欄			診療科	職名
	①	フリガナ		
		勤務医師名		
メールアドレス※				
②	フリガナ			
	勤務医師名			
	メールアドレス※			
③	フリガナ			
	勤務医師名			
	メールアドレス※			
④	フリガナ			
	勤務医師名			
	メールアドレス※			
⑤	フリガナ			
	勤務医師名			
	メールアドレス※			
⑥	フリガナ			
	勤務医師名			
	メールアドレス※			
⑦	フリガナ			
	勤務医師名			
	メールアドレス※			

※メールアドレスは、登録医療機関(登録医)への連絡やご案内・広報などのために使用致します。