

(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	①	フリガナ		診療科	職名
		勤務医師名			
		メールアドレス※			
		フリガナ		診療科	職名
勤務医師名					
メールアドレス※					
③	③	フリガナ		診療科	職名
		勤務医師名			
		メールアドレス※			
		④	④	フリガナ	
勤務医師名					
メールアドレス※					
⑤	⑤			フリガナ	
		勤務医師名			
		メールアドレス※			
		⑥	⑥	フリガナ	
勤務医師名					
メールアドレス※					
⑦	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。