

登録申請書

令和 年 月 日

徳島県立中央病院長 殿

申請者医師名 印

徳島県立中央病院地域医療連携実施細則第2条に基づく連携医として申請します。

フリガナ		男女	生年月日	大・昭・平	年	月	日
申請者名							
住所	〒(—)	電話(自宅)					
		メールアドレス					
診療機関名		診療科目					
診療機関住所	〒(—)	電 話					
		F A X					
卒業学校名		卒業年月					
医師免許取得年月日		医籍登録番号					
医療機関開設年月日		保険医登録番号					
臨床経歴							
認定医・専門医及び所属学会							
専門とする領域							
自己PR							
上記の者は、徳島県立中央病院地域医療連携実施細則第2条に基づく連携医として適任と認められますので推薦します。							
令和 年 月 日							
郡・市 医師会長名						印	