

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			
申請者名	男女	生年月日	大・昭・平 年 月 日
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			ホームページ
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