

令和 年 月 日

社会医療法人 寿量会 熊本機能病院
登録医師申請書

社会医療法人 寿量会 熊本機能病院
院長 中島 英親 殿

開放型病床の登録医師として参加することを希望しますので、
下記のとおり申請します。

記

医師氏名 _____

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail _____

以上

担当：総務課

FAX 番号：096-345-8188