

兵庫医科大学ささやま医療センター

# 登録医申請書

平成 年 月 日

兵庫医科大学ささやま医療センター病院長 殿

申請者

医療機関名	
氏 名	⑩

兵庫医科大学ささやま医療センターにおける登録医に係る趣旨に賛同し、登録医として申請します。

## 登録内容

医療機関住所	〒 -
電話番号	
ファックス番号	
E-mail アドレス	
診療科目・専門分野等	
ホームページのリンク の希望の有無	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
備 考	