

# 開放型病床登録医申請書

年 月 日

独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター

院長 野崎 和彦 殿

申請者

印

次のとおり、開放型病床を利用したいので、独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター開放型病院試行実施要綱第2条の規定により申請します。

氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒 —	電 話 番 号	( ) —
医 療 機 関 名		診 療 科 目	
医 籍 登 録 番 号	第 号	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日
そ の 他			

上記申請者は、独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター開放型病床の登録医として適任と認め推薦します。

年 月 日

医師会

会長