

# 国立病院機構熊本再春医療センター開放型病院 登録医申請書

国立病院機構熊本再春医療センター開放型病院の登録医として下記のとおり  
申し込みます。

西暦 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ 印

記

病院名・医院名	
ご住所	〒 _____
担当診療科	
電話番号	( _____ ) _____
携帯電話番号等 緊急時連絡先	_____
FAX番号	( _____ ) _____
E-mail	_____ @ _____

## 【事務局整理欄】

院内登録日	
ID番号	
PASSWORD	