

令和 年 月 日

佐世保市総合医療センター

院長 増崎 英明 様

下記のとおり、佐世保市総合医療センター開放型病院共同利用登録医を申請します。

記

佐世保市総合医療センター 開放型病院共同利用登録医申請書	
登録医	氏 名 ㊟
	主たる診療科
医療機関名	
開設者名	
所在地	〒
電話番号 F A X E-mail	

- (注) ①登録の期間は、登録日の属する年度の3月31日までとするが、病院及び登録医双方に異存のない場合は自動的に毎年更新する。
②登録内容の変更又は登録を辞退する場合は、書面にて当院に届け出る。