

登録医届

平成 年 月 日

市立岸和田市民病院  
病院長殿

【住所】

【<sup>フリガナ</sup>氏名】

( 電話 - - )

【医療機関名】

( 電話 - - )

私は、市立岸和田市民病院の登録医制度の趣旨に賛同し、登録します。  
登録医としては、実施要綱を遵守します。

この欄は記入不要です

登録医番号

--