開放病床共同指導登録医届出書

　　医療法人社団　順心会

　　順心淡路病院　病院長　殿

　　医療法人社団順心会　順心淡路病院の共同指導登録医として登録いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出年月日：令和　　　年　　月　　日

　下記の太枠の中をご記入下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| **登録医師名** |  |
| **医療機関名** |  |
| **医療機関住所** |  |
| **所属医師会** | ＊所属の医師会がありましたらご記入ください |
| **医籍登録番号** | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| **保険医登録番号** | 　　兵　（　医　・　歯　） |

　　　　　順心淡路病院　　地域医療連携室　　　 電話：0799-62-7501（代表）

FAX：0799-60-2251（直通）