（第一号様式）

宛先　三井記念病院　地域連携室【FAX　03-3864-7901】

西暦　　年　　月　　日

登 録 医 申 請 書

社会福祉法人　三井記念病院
院長　　川崎　誠治　　様

私は、三井記念病院登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。

申請者　　㊞

医療機関	名　　称			
	所　在　地	（〒　　－　　）		
	T　E　L		F　A　X	
	標　榜　科			
	U　R　L			

※当院ホームページへの掲載を	□　希望します	□希望しません
※（　　）医師会に	□加入しています	□加入していません

医師名	専門科目	専門領域
ふりがな		
メールアドレス	@	

医師名	専門科目	専門領域
ふりがな		
メールアドレス	@	

※登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

（三井記念病院記入欄）

登録年月日	
管理番号	