

登録医申込書

平成 年 月 日

医師会

会長 _____ 様

石川県立中央病院の開放病床の設置および利用の趣旨に賛
同し、登録医の申込みをします。

医療機関名 _____

住所(所在地) _____

ふりがな

申込者氏名 _____

在宅療養支援診療所の登録の有無

有 ・ 無

(どちらかに をつけてください。)