

登 録 医 申 込 書

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。)