

登録医申請書

年 月 日

国家公務員共済組合連合会
新別府病院長 泊 一秀 殿

国家公務員共済組合連合会新別府病院の登録医の申請をします。

ふりがな			男・女	科名	科
氏名					
医療機関	名称				
	所在地				
	開設者名				
	主な診療科				
	電話番号				
	FAX番号				
	Eメール				