

年 月 日

新宮市立医療センター  
共同診療登録医申請書

新宮市立医療センター  
院長 北野 陽二 殿

新宮市立医療センター開放病床運用の趣旨に賛同し、登録を申請します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

主たる診療科 \_\_\_\_\_

所属医師会 \_\_\_\_\_ (歯科) 医師会

フリガナ  
医 師 名 \_\_\_\_\_ (印)