

令和 年 月 日

社会医療法人 寿量会 熊本機能病院  
登録医師申請書

社会医療法人 寿量会 熊本機能病院  
院長 寺本憲市郎 殿

開放型病床の登録医師として参加することを希望しますので、  
下記のとおり申請します。

記

医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

以上

担当：総務課

FAX 番号：096-345-8188