

(様式 1)

岐阜県立多治見病院病診連携システム

登 録 医 申 請 書

令和 年 月 日

岐阜県立多治見病院長 様

郵便番号 〒

医療機関所在地

電話番号 () — —

ファックス番号 () — —

(ふりがな)

医療機関名称

診療科目

(ふりがな)

登録医師名

医籍登録番号

保険医登録票番号

(保険医登録票の番号をご記入下さい。)

登録医番号 *当院で記入いたしますので記入は不要です。