

# 登録医申込書

私、\_\_\_\_\_は、大阪中央病院登録医実施要綱に基づき下記のとおり申し込みます。

記

所属医療機関の住所

---

所属医療機関の名称

---

所属医療機関の電話番号

---

所属医療機関のFAX番号

---

ふりがな

申込者氏名

(医学部卒業年次

年)

---

申込者の主たる診療科又は専門分野

---

申込者のE-mail

@

---

所属医療機関のURL

---

以上

その他、何かあれば、ご自由にお書き下さい。

---

---

令和 年 月 日

大阪中央病院  
院長 弓場 健義 殿