

東京臨海病院 登録医申請書

申請日 年 月 日

東京臨海病院

院長 臼杵 二郎 様

東京臨海病院登録医制度運用要綱第 3 条第 1 項の規程に基づき登録医申請します。

医療機関コード：

医療機関カナ：

医療機関名称：

種別： 病院 / クリニック・診療所 / 健診センター / その他 ()

標榜診療科：

専門・得意領域：

代表者氏名：

医療機関住所： 〒

最寄り駅：

電話番号：

FAX 番号：

ホームページ：

入院病床： 有 (床) ・ 無

当院ホームページへの掲載可否： 可 ・ 不可

※登録医の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

【事務記載欄】

登録年月日	年 月 日
登録医登録番号	

東京臨海病院 医療連携室

〒134-0086

東京都江戸川区臨海町 1-4-2

電話：03-5605-8811 (代)

FAX：03-5605-7182