

大阪警察病院登録医加入申請書

社会医療法人 大阪国際メディカル&サイエンスセンター

大阪警察病院 院長 澤 芳樹 様

年 月 日

私は、大阪警察病院登録医制度における理念と本制度の主旨に賛同し、登録医制度実施要綱を遵守した上で、社会医療法人 大阪国際メディカル&サイエンスセンター 大阪警察病院の登録医加入を申請いたします。

申請医師名 _____

【医療機関基本情報】

フリガナ		
医療機関名		
院長名		
所在地	〒	
所属医師会		
TEL・FAX	TEL	FAX
標榜科名	病床数	: 床
備考		

- ① 本書を大阪警察病院 地域医療連携センター宛てにFAX送信してください。
- ② 申請の承認は、病院長からの登録医認定証の発行をもってかえさせていただきます。

大阪警察病院
地域医療連携センター
TEL (直通) 06-6775-2863
FAX (直通) 06-6775-2864

(大阪警察病院 事務処理欄)

登録番号	
------	--