

# 登録医申込書

私は、独立行政法人国立病院機構大阪南医療センター登録医規程に基づき下記のとおり申し込みます。

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 \_\_\_\_\_

所属医療機関のFAX \_\_\_\_\_

ふりがな  
申込者氏名 \_\_\_\_\_

申込者の主たる診療科または専門分野 \_\_\_\_\_

申込者のE-mail \_\_\_\_\_

共同診療（どちらかに○）      希望する      希望しない

その他
-----

年      月      日

独立行政法人国立病院機構  
大阪南医療センター  
院長 米延策雄 殿