

(別紙様式第1号)

国立病院機構災害医療センター登録医認定申請書

私は国立病院機構災害医療センター登録医となることを希望しますので認定を申請します。

令和 年 月 日

国立病院機構災害医療センター 院長 殿

ふりがな  
氏 名

印

生 年 月 日

〒  
勤務先住所

電 話 ー ー

医療機関名

標榜科目

出身学校

年 月 卒業

医 籍 登 録 第 号 ( 年 月 日 登 録 )

備 考

国立病院機構災害医療センター 院長 殿

上記の方を国立病院機構災害医療センター登録医として推薦します。

令和 年 月 日

公益社団法人 昭島市医師会

会 長