

(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

—

—

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 東大和市医師会

会 長