

(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

一般社団法人 立川市医師会

会 長