

様式第1号

川口市立医療センター開放型病床利用登録医申請書

〇年〇月〇日

(あて先)
川口市病院事業管理者

住 所 〇〇市〇〇

電話番号 048-000-0000

医療機関名 〇〇医院

氏 名 川口 一郎 ⑩

※申請の際は、赤字の部分のみご記入ください。

私は、川口市立医療センターの開放型病床利用登録医として申請します。
なお、開放型病床利用に当たっては、川口市立医療センター開放型病床運営要
綱並びに川口市立医療センターが定める諸規定に従い、開放型病床利用を行う
ことを誓約いたします。

※事務局記入

登録医番号 第 号
登録年月日 平成 年 月 日