

川口市立医療センター開放型病床利用登録医申請書

年 月 日

(あて先)
川口市病院事業管理者

住 所

電話番号

医療機関名

氏 名

㊞

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 令和 年 月 日