

## 登録医申請書

国家公務員共済組合連合会  
舞鶴共済病院  
院長 布施 春樹 殿

私は、舞鶴共済病院の登録医になることを希望致します。

申請者

印

医療機関	名称			
	所在地	( 〒      -      )		
	TEL		FAX	
	標榜科			
	URL			
※当院の連携医療機関掲示板への掲載を <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しない				

医師名	性別	生年月日	専門科目
	男・女	西暦      年      月      日	
	男・女	西暦      年      月      日	
	男・女	西暦      年      月      日	

※ 登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

【舞鶴共済病院記入欄】

登録年月日	
登録番号	