

オープン病院利用登録申請書

(2次医療圏外の先生方用)

会員氏名		TEL	FAX
保険医番号			
病院名 (診療所)			
ベッド数	無床	有床	床
所在地			
診療科目			
希望する オープン病院	一般財団法人太田総合病院 附属 太田西ノ内病院		

(上半身写真4×3 一葉添付のこと)



上記のとおり申請いたします。

年 月 日

医師会長殿

氏名

印