

釧路労災病院 登録医申請書

独立行政法人労働者健康安全機構
釧路労災病院長 殿

釧路労災病院の登録医について下記のとおり登録申請いたします。

申請（代表）者氏名

印

医療機関名	名 称			
	住 所			
	電話番号		F A X 番号	
	標 榜 科			
	U R L			
	e-mail			
※当院ホームページへの掲載を		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません	
※（ ）医師会に		<input type="checkbox"/> 加入しています	<input type="checkbox"/> 加入していません	

医師名（ふりがな）	性別	生年月日	専門科目
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	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。

(釧路労災病院記入欄)

登録年月日	登録医証書番号
年 月 日	第 号