

市立奈良病院 連携登録歯科医申請書

私は、市立奈良病院の連携登録歯科医の申請をいたします。

平成 年 月 日

市立奈良病院 病院長 殿

申請者

歯科医師名

印

ふりがな			男・女	明・大・昭	生年月日	年	月	日
氏名				生年月日	年	月	日	
歯科診療所	名称							
	所在地	(〒 -)						
	TEL							
	緊急時①(携帯など)							
	FAX							
	メールアドレス							
	URL							
訪問診療/ 往診の対応	可・否		※市立奈良病院までの往診:		可・否			
	可の場合の条件等があればご記載ください(曜日・時間・距離など) ()							
出身大学・ 卒業年								(年 月卒)
※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								

申請書受理後、約1週間後に登録医証を発行いたします。

以下の書類につきましては、ご希望の場合のみ発行いたしますので希望の項目に☑をお願いします。

携帯用登録医証 紹介用封筒

登録番号	
登録年月日	年 月 日