

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。

年 月 日

市立奈良病院 院長 殿

申請者

歯科医師名 _____ 印 _____

ふりがな			男・女	昭・平		
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 ☐ 希望します ☐ 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