

平成 年 月 日

長崎市立市民病院院長 様

長崎市立市民病院
開放病床共同指導登録医申込書

長崎市立市民病院開放病床共同指導のため、登録申込みいたします。

現住所 _____

所属名 _____

氏 名 _____

電 話 _____

F A X _____

e-mail _____