様式第１号

　　　　　　　　　共同利用制度登録申請書

　　　　　　令和　　年　　月　　日

大分県立病院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　登録医として申請する医師の氏名

 ﾌﾘｶﾞﾅ

 氏　名

 ﾌﾘｶﾞﾅ

 氏　名

 ﾌﾘｶﾞﾅ

 氏　名

 大分県立病院開放型病床等共同利用実施要領の規定に基づき、開放型病床等を利用　 する登録医として登録を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属する医療機関 |  所　在　地 | 〒　　　　　－ |
|  名　　　称 |  |
|  Ｔ　Ｅ　Ｌ |  |
|  Ｆ　Ａ　Ｘ |  （　　　　　　） |
| メールアドレス |  @ |
| 携 帯 電 話　（差し支えなければ 　 ご記入ください） |  　医師氏名 | 携帯番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※県立病院記載欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理日 | 決定日 | 通知日 | 登録№ | 備　　　考 |
|  |  |  |  |  |

（注１）登録を申請する医師が複数の場合は、「登録医として申請する医師の氏名」に、連名で記載

　　　　してください。

（注２）この申請書に記載された情報については、県立病院における開放型病床等の共同利用以外

　　　 の目的では使用しませんので、ご了承ください。