様式第1号

独立行政法人 地域医療機能推進機構 北海道病院
開放型病院登録医届出書

登録医氏名	印		男・女
医療機関名		標榜科目	
同上所在地	〒	電話番号	電話 （　　）　　－ FAX （　　）　　－
医籍登録番号			
保険医登録	番号　北医第　　号		
麻薬施用者免許	番号		

独立行政法人 地域医療機能推進機構 北海道病院
病院長 古家 乾 様

上記の医師を独立行政法人 地域医療機能推進機構 北海道病院開放型病院登録医として届出いたします。

令和　　年　　月　　日

開設者名　　印