様式第１号

　　　　　　　　　共同利用制度登録申請書

　　　　　　平成　　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。