

# 福岡市立こども病院・感染症センター 開放型病床登録医申請書

平成 年 月 日

地方独立行政法人 福岡市立病院機構  
福岡市立こども病院・感染症センター  
院長 福重 淳一郎 様

福岡市立こども病院・感染症センター開放型病床登録医として登録を希望します  
ので、下記のとおり申請します。

ふりがな		性別	男・女
氏名	印	生年月日	T・S・H 年 月 日
現住所	〒 —		
電話番号	( ) —		

医療機関名称	
医療機関所在地	〒 —
開設者(理事長・院長等)	
主たる標榜科	
医療機関電話番号	( ) —
医療機関FAX番号	( ) —
eメールアドレス	@

【こども病院使用欄】

登録番号：  
登録年月日：平成 年 月 日