

(様式1)

## 登 録 医 申 請 書

私は、独立行政法人国立病院機構仙台医療センター地域医療研修センターの登録医となることを希望いたしますので、登録をお願いいたします。

年 月 日

独立行政法人国立病院機構

仙台医療センター院長 上之原 広司 殿

ふりがな	
氏名	印
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
連絡先住所	〒 電話 ( )
病院又は診療所名	〒 電話 ( )
標榜診療科	※特に得意とする専門分野に○印をお付け下さい。
興味のある診療領域名	
備考	