

(様式1)

令和 年 月 日

宮崎県立宮崎病院長 殿

地域医療連携病院登録医証申請書

地域医療連携病院登録医証交付要領の規定に基づき、地域医療連携病院登録医の登録を申請します。

申請者

住所又は所在地

法人名

医療機関名

管理者名

電話番号

印