

〔浜松医科大学医学部附属病院開放型病床利用に係る〕

登 録 医 届 出 書

この度、浜松医科大学医学部附属病院に設置されます、開放型病床を利用したく思います。

つきましては、登録医として登録を申請いたします。

浜松医科大学医学部附属病院

病院長 様

令和 年 月 日

〒 ー

申請者 住 所

氏 名 ⑩

医療機関名
