

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院

登録医届出書

社会医療法人仁愛会

浦添総合病院 病院長 殿

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院の

登録医として登録いたします。

日 付 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 : _____

医 師 名 : _____

所属医師会 : _____