

別紙 1

産科オープンシステム登録申請書

年 月 日

滋賀医科大学医学部附属病院長 殿

医療機関名
氏 名

印

滋賀医科大学医学部附属病院産科オープンシステムを利用したいので、登録を申請いたします。

<登録内容>

住 所	〒
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	
E - m a i l	
医籍登録番号	
助産師登録番号	
その他特記事項	

注 1. 医師は、医師免許証及び保険医登録票の写しを添付してください。

注 2. 助産師は、助産師免許証の写しを添付してください。