

年 月 日

関労クラブ入会 兼 登録医申込書

独立行政法人 労働者健康福祉機構
関 西 労 災 病 院
院 長 竹 原 徹 郎

医師氏名 _____ 印

下記のとおり関労クラブ入会兼登録医を登録申込みます。

記

1 所属医療機関名

2 担当診療科名(○を付す)

内科 心療内科 精神科 神経科 神経内科 呼吸器科 消化器科 循環器科 アレルギー科
リウマチ科 小児科 外科 整形外科 形成外科 脳神経外科 呼吸器外科 心臓血管外科
皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリ科 放射線科 麻酔科 全科
歯科 歯科口腔外科 その他()

3 医療機関所在地 〒

4 電話番号

5 FAX番号

6 E-mail

7 所属医師会・歯科医師会

8 自宅現住所
電話番号

9 毎月の外来表や定期報告のお知らせ方法(ご希望の欄にチェックをお願い致します。)

☐FAX ☐E-mail