

保 険 医 兼 務 届

登録記号 及び番号	医 歯 薬 号	登録 年月日	昭和 平成 年 月 日
保 険 医	氏 名		
	住 所		
本 務 の 保 険 医 療 機 関	名 称		
	所 在 地		
兼 務 す る 保 険 医 療 機 関	名 称	岐 阜 市 民 病 院	
	所 在 地	岐 阜 市 鹿 島 町 7 丁 目 1 番 地	
兼 務 年 月 日	平成	年	月 日
診 療 日 及 び 診 療 時 間 の 詳 細	開放型病床登録医		

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

保険医療機関

保険薬局 コード番号 _____

” 名 称 _____

” 所 在 地 _____

” 開 設 者 _____ ㊞

(法人の場合は、名称、代表者の職、氏名及び法人印)

東海北陸厚生局長 殿