**℮ヒタカード登録医申請書**

一般社団法人日田市医師会 殿

このたび℮ヒタカードシステム登録医としての登録を申請いたします。

　　　　年　　月　　日

医療機関名

登録医名

 事務担当者名

 電話番号 　　　　―　　　　―

 FAX番号 　　　　―　　　　―

 E-mail 　　　　　＠