（様式１）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

金沢市医師会

殿

印

私儀

　このたび、石川県済生会金沢病院の開放病床の設置

および利用の主旨に賛同し、登録いたします。

会員氏名

会長

石川県済生会金沢病院開放病床利用登録医届