

第 号

登 録 医 証

医療機関名
名前 様

貴方は、福山市民病院開放病床等共同利用
登録医であることを証します。

年(令和 年) 月 日

福 山 市 民 病 院
院 長 室 雅 彦

Handwritten text in a cursive script, possibly representing the word "Handwritten".