

地域連携登録医申請書

平成 年 月 日

豊川市民病院長 様

住 所  
医療機関名  
代 表 者

印

私は、豊川市民病院における地域医療支援の趣旨に賛同し、豊川市民病院地域連携登録医運営要綱第3条に基づき、登録医として申請します。

医師氏名、性別		フリガナ .....	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
医療 機 関	名称	フリガナ .....	
	所在地	〒	
	電話番号		
	FAX 番号		
	診療科		
	休診日		
	e-mail		
ホームページ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
所属会	<input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 歯科医師会		
豊川市民病院掲 示版、ホームペー ジ等への掲載希望	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
備考			

※該当する□にレ印をご記入ください。

※所属会がない場合は、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付してください。

※1つの医療機関で複数の医師を登録医として申請する場合は、別紙「登録申請医師名簿」を添付してください。