

連携登録医追加申込み書

令和 年 月 日

市立池田病院における地域医療連携登録医制度の主旨に賛同し、下記のとおり登録を申し込みします。

医療機関名称	フリガナ	
医師名 歯科医師名	フリガナ	性別
生年月日	S. H. R. 年 月 日	
医籍 歯科医籍	第 号	
登録年月日	S. H. R. 年 月 日	
所在地	〒	
電話		
F A X		
メールアドレス	スペル読み取り困難な文字、大文字小文字の間違いにご注意下さい	
登録医師 顔写真	<input type="checkbox"/> chiiki@hosp.ikeda.osaka.jp へ送信します	<input type="checkbox"/> 掲載不要

- ◎ 審議終了後「登録証」及び「登録札」の発行をもって登録の承認とします。
- ◎ この申込書は、登録を希望する医師1名につき1枚ずつ提出してください。
- ◎ メールで返信（要電子印鑑）は chiiki@hosp.ikeda.osaka.jpまで。
- ◎ FAXは072-754-6380へ、原本は地域宛てにご郵送お願いいたします。

市立池田病院記入欄		
受付	地域	システム
/	/	/