

連携登録医申請書 (新規 ・ 変更)

年 月 日

香川県済生会病院連携登録医運用規程に基づき、登録を申請します。

所属する医療機関	医療機関名称			
	所在地	〒 _____		
	電話番号	(_____) _____		
	FAX番号	(_____) _____		
	E-mail	_____ @ _____		
	入院病床	有 (_____ 床) ・ 無	往診	可 ・ 不可
	設備等	X線撮影装置 CT MRI 腹部超音波装置 心臓超音波装置 内視鏡 その他 (_____)		
当院の掲示版・ホームページ等への医療機関名の掲載		<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 拒否する		
医師の氏名等	氏名	性別	生年月日 ※西暦記入	標榜診療科 (専門分野)
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	月 年 日	
【病院事務処理欄】				
※ 登録日 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
※ 当院登録医No. _____				

- ※ 添付書類：医師免許証の写し
- ※ 郵送にて提出してください。
- ※ 変更の場合は、医療機関名及び変更箇所のみご記入ください。

香川県済生会病院 地域連携室
TEL：087-868-9569 (直通)
FAX：087-868-9563 (直通)