

連携医登録申請書

平成 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構久留米総合病院登録医制度に関する規程に基づき、登録を申請します。

医療機関	医療機関名称			
	所在地	(〒 -)		
	電話番号		FAX 番号	
	標榜科			
	E-mail			
*連携医紹介掲示板への写真掲載		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません	
*当院のホームページ等への掲載		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません	

医師名 (ふりがな)	性別	生年月日	専門科目
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

*連携医登録の受諾は、「連携医証」をもって代えさせていただきます。

*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。

独立行政法人地域医療機能推進機構久留米総合病院 記入欄

連携医登録年月日	
連携医登録番号	