

連携医登録申請書

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			
* 院内連携医紹介掲示板への掲載		<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	
* 当院のホームページから貴院ホームページへのリンク		<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません	
		<input type="checkbox"/> ホームページなし		
* 貴院ホームページ		URL : _____		

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。

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	