

記入例

登録医申請書（新規・変更・辞退）

鹿児島市立病院地域医療支援事業運営規程に基づき、登録を申請します。

所属する医療機関	医療機関名称	〇〇病院			
	法人名	〇〇法人〇〇会			
	開設者	(職名) 理事長	(氏名) 鹿児島 太郎		
	所在地	郵便番号	890-0000		
		住所	鹿児島市〇〇町〇番〇号		
	連絡先	電話番号	099-000-0000		
		FAX番号	099-000-0000		
		メールアドレス	〇〇@〇〇〇.jp ※当院からの外来診療案内等の各種案内に活用させていただきます。		
ホームページ		http://〇〇〇〇.jp			
主たる診療科					
当院の掲示板・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	
登録を申請する医師の氏名等	No.	氏名		診療科	連絡先 (携帯番号等)
	1	新規	フリガナ カゴシマ シロウ	内科	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
		変更 削除	鹿児島 次郎		
	2	新規	フリガナ		
		変更 削除			
	3	新規	フリガナ		
変更 削除					
4	新規	フリガナ			
	変更 削除				
5	新規	フリガナ			
	変更 削除				
当院	受付日	平成 年 月 日	登録番号		
	備考				

連絡先 〒890-8760

鹿児島市上荒田町37-1

鹿児島市立病院 医療連携室

TEL 099-230-7000 (内線2166)

FAX 099-230-7101