

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			
	法人名			
	開設者		(職名)	(氏名)
	所在地		郵便番号	
			住所	
	連絡先		電話番号	
			FAX番号	
メールアドレス				
※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		
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	
		変更 削除		
	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