

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 変更 削除	フリガナ		
	2	新規 変更 削除	フリガナ		
	3	新規 変更 削除	フリガナ		
	4	新規 変更 削除	フリガナ		
	5	新規 変更 削除	フリガナ		
当院	受付日	令和 年 月 日		登録番号	
	備考				

連絡先 〒890-8760 鹿児島市上荒田町3-7-1 鹿児島市立病院 医療連携室 TEL 099-230-7000 (内線2166) FAX 099-230-7101
--