【様式1】　**記入例**　　年　　月　　日

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	担当者名	部署： **内科**　氏名： **鹿児島 次郎**
		電話番号	**099-〇〇〇-〇〇〇〇**
		ＦＡＸ番号	**099-〇〇〇-〇〇〇〇**
		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		

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 **カゴシマ ジロウ** 鹿児島　次郎	**内科**	**〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**
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		

当院の掲示板・ホームページ等への医療機関名の掲載	☑承諾する　□拒否する
WEBによる初診患者予約について	☑利用する　□利用しない
WEB予約のメールアドレス ※連絡先メールアドレスと同じ場合は「上記と同じ」と記入	**上記と同じ**

当院記入欄				
受付日	令和　年　月　日	登録番号		
備考				

【提出・お問い合わせ先】
〒890-8760　鹿児島市上荒田町37-1
鹿児島市立病院　医療連携・入退院センター
TEL　099-230-7100（代）　FAX099-230-7101