

連携登録医申請書

年 月 日

藤沢市民病院 院長 様

私は、貴病院の連携登録医、連携登録歯科医となることを希望します。

登録する医療機関	医療機関名	
	住所	〒 —
	電話番号	
	FAX番号	
	当院ホームページへの掲載	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否
	ホームページアドレス	
登録医名	1	フリガナ (診療科名) (院長)
	2	フリガナ (診療科名)
	3	フリガナ (診療科名)
	4	フリガナ (診療科名)
	5	フリガナ (診療科名)

* 登録医療機関に複数の医師が勤務する場合は、院長及び代表医師名をご記入ください。

* 当院では、ホームページに登録医療機関の一覧を掲載しています。

掲載している情報は「医療機関名称/所在地/電話番号/標榜科目/公式ホームページ」です。
標榜科目につきましては藤沢市保健所へご申請いただいている診療科目を掲載させていただきます。

* 医療機関情報シートの作成について

当院では登録いただいた医療機関の情報を患者さん向けに「医療機関情報シート」を作成し、紹介元がなくお住まいや勤務先近くに「かかりつけ医」を探していく場合に、医療機関情報として患者さんへご提供させていただくよう取り組んでいます。

つきましては、貴院の「医療機関情報シート」作成にご賛同いただきますようお願い申し上げます。