

医療連携登録申請書

(宛先) 春日井市民病院長 様

春日井市民病院が進める医療連携事業の趣旨に賛同し、緊密な連携を図るため、登録医として申請します。

1 医療機関情報

医療機関名			
代表者	(職名)	(氏名)	
所在地等	〒	—	
	(TEL)	—	(FAX) —

2 医師情報

氏名	性別	生年月日	診療・専門科目
(フリガナ)	男・女	西暦 年 月 日	
(フリガナ)			
(フリガナ)	男・女	西暦 年 月 日	
(フリガナ)			
(フリガナ)	男・女	西暦 年 月 日	
(フリガナ)			

- ご記入いただきました個人情報、登録医業務以外の目的には使用いたしません。
- 春日井市民病院に設置している医療連携登録医療機関掲示板に、貴院名称の掲示を希望しますか。(はい ・ いいえ)
- 春日井市民病院登録医療機関サイトに、貴院情報の掲載を希望しますか。
(はい ・ いいえ) ※希望する場合は、別途掲載申請書を提出してください。

提出先・問い合わせ 〒486-8510 春日井市鷹来町1-1-1

春日井市民病院 医療連携室 医療連携担当

TEL0568-57-0057 FAX0568-82-9345