様式第1号

登 録 医 申 請 書

当施設は、公益財団法人甲南会 甲南医療センターの連携登録医について下記申請します。
　また、登録期間中はもちろん、辞退後においても、登録医の業務上知り得た個人情報を第三者に漏らさないことを遵守します。

※該当欄にチェック

☐ 新規申請　☐ 変更申請　☐ 解除申請　　年　　月　　日

	項目	内容
基本情報	フリガナ	
	正式施設名称	
	フリガナ	
	施設代表者名	
	所在地	〒　　－ 住所： TEL： FAX： E-mail：
	登録医師名（フリガナ）	（　　） （　　） （　　） （　　）
	標榜診療科目 ※ 該当欄にチェック	☐ 内科　☐ 外科　☐ 整形外科 ☐ 循環器科　☐ 心臓外科　☐ ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 ☐ 神経内科　☐ 乳腺外科　☐ 泌尿器科 ☐ 消化器科　☐ 眼科　☐ 麻酔科 ☐ 呼吸器科　☐ 耳鼻咽喉科　☐ 放射線科 ☐ 緩和ケア　☐ 皮膚科　☐ 精神科 ☐ 心療内科　☐ 形成外科　☐ 歯科口腔外科 ☐ 小児科　☐ その他（　　）
	在宅療養支援診療所届出	☐ 有　☐ 無

※ 当院ホームページへの掲載を（医療機関名等）	☐希望します	☐希望しません
※ （　　） 医師会に	☐加入しています	☐加入していません

※ 登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

（ 公益財団法人甲南会記入欄 ）

登録年月日	・　・
医療機関番号	
登録医番号	

提出先：甲南医療センター 患者サポートセンター
FAX：078-854-4099