

登録医申請書

当施設は、市立加西病院の登録医に申請します。

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。

※当該欄にチェック

新規申請

年 月 日

変更申請

辞退申請

	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 ※該当欄にチェック	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 心臓外科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 脳神経内科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 <input type="checkbox"/> その他 ()
	在宅療養支援診療所届出	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※ 当院ホームページへの掲載を（医療機関名等） <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません		

※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。

◎提出先

市立加西病院
医療介護総合支援センター
地域医療室
TEL：0790-42-5511

（市立加西病院記入欄）

登録年月日	
管理番号	