

桐生厚生総合病院地域医療連携登録医申請書( **新規** ・ 変更 )

令和 年 月 日

桐生厚生総合病院 院長 宛て

桐生厚生総合病院地域医療連携登録医として申請します。

|                     |        |  |  |     |
|---------------------|--------|--|--|-----|
| 所属する医療機関            | 医療機関名  | フリガナ   |  |     |
|                     | 住所     | 〒 -  |  |     |
|                     | 電話番号   |  |  |     |
|                     | FAX番号  |  |  |     |
|                     | E-mail | <u>(必須ではありません)</u>   |  |     |
| 登録を申請する医師又は歯科医師の氏名等 | No     | 氏名   | 性別   | 標榜科 |
|                     | 1      | フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |     |
|                     |        |  |  |     |
|                     | 2      | フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |     |
|                     |        |  |  |     |
|                     | 3      | フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |     |
|                     |        |  |  |     |
| 4                   | フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |  |     |
|                     |        |  |  |     |
| 5                   | フリガナ   | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 |  |     |
|                     |        |  |  |     |
| 当院事務処理欄             |        |  |  |     |

※当院ホームページ等医療機関一覧へ記載させていただきます。

承認いただけない場合のみ  をお願いいたします。  承認しない

※FAX又は郵送にて提出してください。

※変更の場合には医療機関名及び変更箇所のみご記入ください。

桐生厚生総合病院 地域医療連携室  
 TEL : 0277-44-7150 FAX : 0277-20-8174  
 E-mail : renkei001@kiryuhp.jp