

登録医届出書

(新規 変更)

社会福祉法人 鬱 濟生会支部
大阪府濟生会中津病院
院長 志手 淳也 様

私は、大阪府濟生会中津病院の登録医となることを希望しますので、登録の方をお願いします。

申込(変更)年月日 令和 年 月 日

申請者

印

医療機関名称			
フリガナ			
開設者名			
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
標榜診療科名			
ホームページの有無	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (ホームページアドレス http://www.)		
右記届出状況の有無	<input type="checkbox"/> 在宅療養支援(歯科)診療所(病院) <input type="checkbox"/> 在宅時(施設入居時)医学総合管理料 <input type="checkbox"/> 地域包括診療加算 <input type="checkbox"/> 地域包括診療料 <input type="checkbox"/> 小児かかりつけ診療料 <input type="checkbox"/> 届出なし		
当院の連携登録医療機関一覧ボードおよびデジタルサイネージ、ホームページ等への医療機関名等の掲載について、不都合がございましたら右欄でお知らせください。	<input type="checkbox"/> 掲載を希望しない		
所属医師会名	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり ()医師会		

◎登録希望の方全員のお名前・生年月日・医籍番号等をご記入下さい。

	お名前	性別	生年月日	専門科目	医籍番号
フリガナ 登録医師名 1		男・女	昭和・平成 年 月 日		
フリガナ 登録医師名 2		男・女	昭和・平成 年 月 日		
フリガナ 登録医師名 3		男・女	昭和・平成 年 月 日		
フリガナ 登録医師名 4		男・女	昭和・平成 年 月 日		
フリガナ 登録医師名 5		男・女	昭和・平成 年 月 日		