

川西市立総合医療センター登録医申請書（様式 1）

令和 年 月 日

川西市立総合医療センターの登録医制度の内容に同意し、連携登録医になることを希望しますので、下記の通り申請いたします。

*印のついている項目には必ずご記入下さい。

医療機関	フリガナ		
	名称		
	標榜科目		
	住所	〒 _____	
	電話：	- -	FAX - -
	医療機関コード		
	メールアドレス	@	
登録医	フリガナ		
	氏名	印	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日
	医籍番号	第	号
	登録年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日
ホームページの有無	有 ・ 無	ホームページ URL リンク・QR コード掲載	<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 希望しない
当センターホームページ・広報誌等への医療機関情報の掲載			<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 希望しない

* 「登録証」、「登録プレート」の発行をもって登録完了となります。

* 登録をご希望される医師 1 名につき 1 枚ずつご提出下さい。