

(様式第 1 号)

大崎市民病院 登録医 ・ サポート医 登録申請書

年 月 日

大崎市民病院 院長 様

大崎市民病院登録医制度要綱の規定に基づき、下記のとおり申請します。

ふりがな	
医療機関名	
所属医師会	
申請区分	☐ 登録医 ☐ こどもサポート医（小児科連携医）
医療機関番号（7桁）	
医療機関住所	〒 —
電話番号	— —
F A X 番号	— —
E-mail アドレス	@
備考	

F A X 送信先 大崎市民病院 患者サポートセンター 地域医療連携室

F A X 番号 0229-24-3005（連携室直通）

電話番号 0229-23-3311（代表）

《大崎市民病院使用欄》

- | | |
|--|--|
| ☐ 収受・起案 | ☐ 登録医名簿 |
| ☐ 決裁後認定証・関連書類送付 | ☐ 登録医名簿（予約センター用） |
| ☐ メーリングリスト | ☐ こどもサポート医一覧（4東用） |
| ☐ ホームページ | |
| ☐ 病院独自機能 | |
| ☐ 紹介者マスタ | |