

様式第2号（第3条関係）

地域連携登録医申請書

令和 年 月 日

豊川市民病院長 様

住 所
医療機関名
代 表 者

㊞

私は、豊川市民病院における地域医療支援の趣旨に賛同し、豊川市民病院地域連携登録医制度運営要綱第3条に基づき、登録医として申請します。

医師氏名、性別		フリガナ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
医療 機 関	名称	フリガナ	
	所在地	〒	
	電話番号		
	FAX 番号		
	診療科		
	休診日		
	e-mail		
	ホームページ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
所属会	医師会		歯科医師会
備考			

※該当する□にレ印をご記入ください。

※所属会がない場合は、医師又は歯科医師の免許証の写しを添付してください。

※1つの医療機関で複数の医師を登録医として申請する場合は、別紙「登録申請医師名簿」を添付してください。