様式第２号（第３条関係）

地域連携登録医申請書

　　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 | | フリガナ |
|  |
| 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 | あり　　　　　　　　　　　　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。

別紙

登録申請医師名簿

医療機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医師氏名 | 所属会 |
| １ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ２ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ３ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ４ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ５ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ６ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ７ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ８ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| ９ | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |
| 10 | フリガナ | 医師会  歯科医師会 |
|  |

※本名簿は登録申請する医師すべてについてご記入ください。

※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。