

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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
所属会	<input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 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。