

【様式1】

年 月 日

## 登録医申請書（ 新規・変更・辞退 ）

鹿児島市立病院地域医療支援事業運営規程に基づき、登録を申請します。

所属する医療機関	医療機関名称		〇〇病院		
	法人名		〇〇法人〇〇会		
	開設者		(職名) 理事長	(氏名) 鹿児島 太郎	
	所在地		郵便番号	890-0000	
			住所	鹿児島市〇〇町〇番〇号	
	連絡先		担当者名	部署：内科	氏名：鹿児島 次郎
			電話番号	099-〇〇〇-〇〇〇〇	
			FAX番号	099-〇〇〇-〇〇〇〇	
			メールアドレス	〇〇@〇〇〇.jp	
			※当院からの外来診療案内等の各種案内に活用させていただきます。		
ホームページ		http://〇〇〇〇.jp			
主たる診療科					
登録を申請する医師の氏名等	No.	氏名		診療科	連絡先 (携帯番号等)
	1	新規 変更 削除	フリガナ カゴシマ ジロウ 鹿児島 次郎	内科	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	2	新規 変更 削除	フリガナ		
	3	新規 変更 削除	フリガナ		
	4	新規 変更 削除	フリガナ		
	5	新規 変更 削除	フリガナ		
当院の掲示板・ホームページ等への医療機関名の掲載				<input checked="" type="checkbox"/> 承諾する	<input type="checkbox"/> 拒否する
WEBによる初診患者予約について				<input checked="" type="checkbox"/> 利用する	<input type="checkbox"/> 利用しない
WEB予約のメールアドレス ※連絡先メールアドレスと同じ場合は「上記と同じ」と記入		上記と同じ			
当院	受付日	令和 年 月 日	登録番号		
	備考				

## 【提出・お問い合わせ先】

〒890-8760 鹿児島市上荒田町 37-1

鹿児島市立病院 医事情報課

TEL 099-230-7000 (代) FAX 099-230-7025