

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 | | | | | |
| | 法人名 | | | | | |
| | 開設者 | | (職名) | (氏名) | | |
| | 所在地 | | 郵便番号 | | | |
| | | | 住所 | | | |
| | 連絡先 | | 担当者名 | 部署： | 氏名： | |
| | | | 電話番号 | | | |
| | | | FAX番号 | | | |
| | | | メールアドレス | | | |
| ※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 | | | | | | |
| 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 | フリガナ | | | |
| | | 変更 削除 | | | | |
| | 2 | 新規 | フリガナ | | | |
| | | 変更 削除 | | | | |
| | 3 | 新規 | フリガナ | | | |
| 変更 削除 | | | | | | |
| 4 | 新規 | フリガナ | | | | |
| | 変更 削除 | | | | | |
| 5 | 新規 | フリガナ | | | | |
| | 変更 削除 | | | | | |
| 当院の掲示板・ホームページ等への医療機関名の掲載 | | | | <input 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 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 | | | | | | |
| 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) FAX099-230-7025