

## 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)	(氏名)
		電話番号	099-000-0000	
		FAX番号	099-000-0000	
		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ので、なるべく病院や部署のアドレスをご記入下さい。		
ホームページ	http://〇〇〇〇.jp			
主たる診療科	〇〇科			
登録医の氏名等	氏名		診療科	
	フリガナ	カゴシマ ジロウ	〇〇科	
1. 新規 2. 変更 3. 削除	鹿児島 次郎			
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による初診紹介患者予約（上記の医師に限らず利用可能）		<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	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> WEB予約用（ ）			

※登録医は検査機器の共同利用、共同診療、面会（診療情報の提供を伴うものに限る。）ができます。

※登録医を複数名申請される医療機関は、別途名簿をご提出下さい。

市立病院記入欄

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