

# 登録医届出書 (様式1)

平成 年 月 日

大阪急性期・総合医療センター総長 様

大阪急性期・総合医療センターの登録医に下記内容において登録を申請します。

太線の枠の中をご記入ください。

|                        |   |
|------------------------|---|
| ふりがな                   |   |
| *氏名                    | (印)   |
| ふりがな                   |   |
| *医療機関名                 |   |
| ふりがな                   |   |
| *開設者名                  |   |
| *所在地                   | 〒 _____   |
| *TEL:                  | *FAX:   |
| *所属医師会                 | 医師会   |
| *標榜科目                  |   |
| 緊急連絡先                  |   |
| Eメール                   |   |
| ホームページ・広報誌等への医療機関情報の掲載 | <input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 拒否する |
| 在宅医療                   | ・訪問診療    ・24時間連携体制    ・在宅医療は行っていない                          |

※印のついている項目には必ずご記入ください。

|  |
|--|
| 所属医師会:処理欄  |
| 当医師会所属の上記会員を<br>貴センター登録医に推薦します。                                |
| 平成 年 月 日   |
| 一般社団法人大阪市                      区医師会会長                      (印) |