

登録医届出書 (様式2)

令和 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:		
*ホームページの有無	有 ・ 無	*ホームページURL リンク及び掲載	<input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 拒否する
*所属医師会	医師会		
*標榜科目			
緊急連絡先			
Eメール			
*当センターホームページ・広報誌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。