

登録医届出書 (様式2)

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	⑩
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。