

記入日 年 月 日

社会医療法人 製鉄記念広畑病院
病院長 殿

製鉄記念広畑病院 地域連携登録医申請書

(新規 ・ 変更)

製鉄記念広畑病院 地域連携登録医への登録を以下の通り申請します。

所属する医療機関	医療機関名称	(ふりがな)		
	住所	〒		
	電話番号		FAX 番号	
標榜診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器科 <input type="checkbox"/> 循環器科 <input type="checkbox"/> 胃腸科 <input type="checkbox"/> 呼吸器科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> アレルギー科 <input type="checkbox"/> 糖尿病科 <input type="checkbox"/> リウマチ科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 形成外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 産婦人科 <input type="checkbox"/> 産科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 肛門科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 神経科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> その他 ()			
登録医師	氏 名			性別
	(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	(ふりがな)			<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
所属医師会	<input type="checkbox"/> 姫路市医師会 <input type="checkbox"/> たつの市・揖保郡医師会 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※登録医のホームページ掲載について

当院では、地域医療機関の紹介として、承諾を得た医療機関について当院ホームページに登録医療機関として掲載させていただいております。

上記ホームページへの掲載について、承諾します。 承諾しません。

また貴院ホームページをお持ちの場合、当院ホームページとのリンクを 希望します。 希望しません。(希望時のホームページアドレス: _____)

【送付先】

<p>製鉄記念広畑病院 地域医療連携室 〒671-1122 姫路市広畑区夢前町 3-1 TEL : 079-237-8477 FAX : 079-236-3210</p>
