

令和 年 月 日

連携登録医申請書

成田赤十字病院長 宛

私は貴院の連携登録医制度の趣旨に賛同し、下記のとおり「連携登録医」への登録を申し込みます。

太線枠の中をご記入ください。

フリガナ氏名		印	
フリガナ医療機関名			
所在地		〒 —	
TEL	— —	FAX	— —
メールアドレス		@	
緊急時連絡先		— —	
所属医師会		医師会	
標榜科目			
登録申請理由		※今後の連携体制把握のため、差し支えない範囲でご記入ください。	
当院とのこれまでの関わり		☐ 紹介実績あり ☐ 医師・職員間のつながりあり ☐ 今後連携を希望 ☐ その他 ()	

地域医療連携課：処 理 欄			
登 録 日	年	月	日 備考
登録番号			号