登 録 紹 介 医 登 録 申 請 書

川崎市立多摩病院
病院長　長島　悟郎

私は、川崎市立多摩病院の「登録紹介医」に申請を希望します。なお、「登録紹介医」に認定された際は、「登録紹介医に関する規定」および関連する規定に定められた事項を遵守いたします。

令和　　年　　月　　日

（申請者）

１．氏　　名（フリガナ）：　　㊞〔役職名　　〕

２．生年月日　：　大正・昭和　　年　（西暦　　年）生

３．医療機関　：　（名　　称（フリガナ））

（医療機関コード）

（郵便番号・住所）〒　　－

（電　　話）

（ＦＡＸ）

（ｅ-ｍａｉｌ）

４．緊急連絡先：　（電　　話）

（ＦＡＸ）

（ｅ-ｍａｉｌ）

５．標　榜　科：

６．公開について
登録紹介医として認定された際は、川崎市立多摩病院の院内およびホームページなどに公開することに、（　　）同意します・（　　）同意しません。（いずれかに○をお付け下さい）