

大久保病院連携医申込書 (医科)

平成 年 月 日

医師会

会長 様

住所	〒
ふりがな	
医療機関名	
電話	()
F A X	()
ふりがな	
医師名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
医籍登録番号	号 (大・昭・平 年 月 日)
得意診療科 (専門分野に○を付けてください)	
内科(一般・呼吸器・消化器・胃腸・循環器・内分泌・腎臓・〔))	
外科(一般・呼吸器・消化器・胃腸・血管・心臓・形成・美容・〔))	
小児科・小児外科・整形外科・リハビリ・脳外科・眼科・耳鼻咽喉科・産科	
婦人科・皮膚科・泌尿器科・性病科・肛門科・アレルギー・リウマチ・人工透析	
精神科・神経科・神経内科・心療内科・ターミナルケア・ペインクリニック	
(その他)	
在宅医療の実施の有無 有 ・ 無	

大久保病院ホームページの掲載について

- 可 → 医療機関名のみ
 貴院ホームページリンク URL: _____

不可

大久保病院における地域連携システムの主旨に賛同し、登録の申込みをします。
なお、連携医活動に際しては、大久保病院の諸規程を遵守します。