

(様式1)

宛先 神戸医療センター地域医療連携室【FAX 078-795-6591】

連携医登録申請書

独立行政法人国立病院機構

令和 年 月 日

神戸医療センター院長 殿

私は、独立行政法人国立病院機構神戸医療センターの連携医として登録致します。

申請者

医師氏名

印

医療機関名					
所在地		〒			
電話番号		FAX番号			
		フリガナ		性別	専門とする診療科・診療領域
		氏名			
登録を申請する医師の氏名等	1			男・女	
	2			男・女	
	3			男・女	
	4			男・女	
	5			男・女	
当院のホームページへの掲載について(医療機関名等)				<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
○何かございましたらご記入ください。					
神戸医療センター記入欄		登録 <input type="checkbox"/>	登録日	令和 年 月 日	連携医証 <input type="checkbox"/>
		名札 <input type="checkbox"/>	掲示 <input type="checkbox"/>	登録番号	

* 登録の承認につきましては、連携医証の発行をもって代えさせていただきます。