

FAX : 302-4424

神戸市立医療センター中央市民病院連携登録医申込書

神戸市立医療センター中央市民病院
病院長 宛

私は、神戸市立医療センター中央市民病院の連携登録医となることを希望します。

申込日：令和 年 月 日

医療機関名称		院長名	
所在地	〒		
電話番号		ホームページの有無	有 ・ 無
FAX 番号		車いすでのアクセス	可 ・ 不可
	お名前	E-mail アドレス	専門とする診療分野
ふりがな 登録医師名 1			
ふりがな 登録医師名 2			
ふりがな 登録医師名 3			
ふりがな 登録医師名 4			
在宅療養支援 診療所届出	有 ・ 無		
診療内容	<input type="checkbox"/> 通院のみ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可		