

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 | | |