

(様式第1号)

平成 年 月 日

連携登録医申請書

福島県立医科大学附属病院長 様

私は、貴院の連携登録医となることを希望します。

ふりがな 氏名	印	男 女	昭和・平成	年	月	日生 (歳)
開業・勤務別		開業医・勤務医				
医療 機 関	名 称					
	所在地 (〒)					
	TEL			FAX		
	標榜科					
	URL					
医療機関での役職						
連絡先 (自宅・勤務先) ※今後の連絡のために必要ですので、E-mailまで必ず記入くださるようお願いいたします。 (住所) 〒 (TEL) (FAX) (E-mail)						
医籍登録番号 第 号 (昭和・平成 年 月 日)						
出身大学 大学 昭和・平成 年 月卒業						
郡市地区医師会 会員 (医師会名)・非会員						
福島県医師会 会員・非会員						
専門の診療領域						
逆紹介時に希望する診療科						
逆紹介時に希望する疾病、領域						
専門資格取得状況 学会等による認定資格 (専門医等) をお持ちの場合に記入願います。 (例 (社)日本内科学会 総合内科専門医 等) (患者様を紹介する際の参考にさせていただきます。)						
※当院の院内掲示、ホームページへの掲載を 氏名: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない 医療機関名: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない						

記載いただいた個人情報、当院の個人情報保護の規定に基づき取り扱いさせていただきます。

(福島県立医科大学記入欄)

登録年月日		登録医番号	
-------	--	-------	--