（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： 　　□希望する　　□希望しない　　　医療機関名：□希望する　　□希望しない |

記載いただいた個人情報は、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 |  |