（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 |  |