

(様式第1号)

令和 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・令和	年	月	日)
出身大学		大学	昭和・平成・令和	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	
-------	--	-------	--