

様式 1

桐生厚生総合病院地域医療連携登録医申請書(新規・変更)

令和 年 月 日

桐生厚生総合病院 院長 宛て

桐生厚生総合病院地域医療連携登録医として申請します。

所属する医療機関	医療機関名称	
	所在地	〒 -
	電話番号	- -
	FAX番号	- -
	E-mail	(必須ではありません)

当院ホームページ等医療機関一覧表への記載

承認する

承認しない

登録を申請する医師又は歯科医師の氏名等	No	氏名	性別	生年月日 西暦記入	標榜科	
	1	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	
	2	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	
	3	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日	
4	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日		
5	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年 月 日		

当院事務処理欄

※FAX若しくは郵送にて提出してください。

※変更の場合は、医療機関名及び変更箇所のみご記入ください。

桐生厚生総合病院

地域医療連携室

TEL:0277-44-7150

FAX:0277-20-8174

E-mail renkei01@kosei-hospital.kiryu.gunma.jp