

共同利用登録申請書

総合病院国保旭中央病院長 殿

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

登録医療機関名 (正式名称をご記入ください)	フリガナ						
申請者氏名 (登録医名)	フリガナ <small>(役職)</small>						
所在地	〒 —						
電話番号	市外局番 () —						
FAX番号	市外局番 () —						
メールアドレス <small>(携帯電話のメールアドレスはご遠慮ください)</small>							
ご連絡先ご担当者氏名(書類送付先) <small>※ご記入がない場合は、申請者様へ送付いたします。</small>	<small>(部署名)</small>		<small>(氏名)</small>				
共同利用する医師等の氏名等	1	申請者	男・女	昭・平 年 月 日	診療科	医籍番号	登録年月日
	2	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	診療科	医籍番号	登録年月日
	3	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	診療科	医籍番号	登録年月日
	4	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	診療科	医籍番号	登録年月日
	5	フリガナ	男・女	昭・平 年 月 日	診療科	医籍番号	登録年月日

旭中央病院地域医療支援事業運営規程及び旭中央病院共同利用の取扱い要領を遵守し、共同利用する医療機関として登録を申請します。

※病院事務処理欄