年　　月　　日

**登録医申請書（新規・変更）**

知多半島りんくう病院

院長殿

知多半島りんくう病院登録医制度に関する規定に基づき、下記の通り登録を申請します。

　※太枠内の記入をお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属する医療機関情報 | 医療機関名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-Mail |  |
| 当院の掲示板・ホームページ等へ医療機関名等を掲載してよろしいか。 | * 承諾する
* 拒否する
 |
| 登録を申請する医師の氏名 | No | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 診療科 |
| 1 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 2 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 3 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 4 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 5 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 6 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 7 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |
| 8 |  | □ 男□ 女 | 大正・昭和・平成　 年 　月　 日 |  |

* ＦＡＸ又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。
* 登録完了は登録医証の発送を持ってかえさせていただきます。

**知多半島りんくう病院　情報システム課**

**TEL：０５６９－３５-３１７０　　FAX：０５６９-３４—８５２６**