

FAX 072-365-7161

連携医登録申請書（共通用紙）

年 月 日

近畿大学病院長 殿

地域医療の発展および質の高い適切な医療の効率的提供のため、地域の医療機関との機能分担を図り信頼関係のある、医療連携を推進することを目的とした貴院の連携医登録の主旨に賛同し、下記の通り登録を申請します。

・ 医療機関名 \_\_\_\_\_

・ 住所 〒 \_\_\_\_\_

・ 電話 \_\_\_\_\_ ・ FAX番号 \_\_\_\_\_

・ E-mailアドレス \_\_\_\_\_

・ 当院からのお知らせ等を上記アドレスにお送りしてもよろしいでしょうか。

\_\_\_\_\_ ( 可 ・ 不可 )

・ HPの有無（有・無）※アドレス \_\_\_\_\_

・ 連携医師名 \_\_\_\_\_

・ 専門分野 \_\_\_\_\_

・ 病床数（ \_\_\_\_\_ ）床

・ 在宅医療の実施の有無：（有 ・ 無）

・ 在宅療養支援診療所の届出の有無：（有 ・ 無）

・ 近畿大学病院ホームページの「連携医登録一覧」へのリンクおよび院内

掲示を希望（ する ・ しない ）