

荏原病院連携医申込書

年 月 日

会長 殿

医療機関名

医師氏名

印

明・大・昭 年 月 日生

医師会

歯科医師会

標榜診療科（○をお付けください）	得意とする分野・専門医等の資格
内（消化器・呼吸器・糖尿・腎臓・血液）循・ 神内・小・外（消化器・呼吸器・乳腺・血液）・ 整・リウマチ・リハ・脳外・皮・形・泌・眼・産婦・ 耳・精神・心内・麻・ペイン・ 歯科（ ） その他（ ）	
出身大学・出身医局・卒業年次等	
_____ 大学 S・H 年卒業	
_____ 大学医局 医籍登録番号 _____ (年 月 日)	
〒	
電話	FAX
e-mail	
ホームページ	

- ※ お預かりした個人情報適切に管理し、医療連携の目的以外には利用いたしません。
- ※ 連携医証に写真を貼付する箇所がございますが、お申込みの時点で写真がなくてもかまいません。ご来院される際に写真をお持ち下さい。連携医証に貼付いたします。

(事務処理欄)
連携医証No.