

登録番号：

平塚市民病院地域医療連携登録医登録依頼書

平塚市民病院地域医療連携登録医の登録について依頼します。また、下記の事項について承諾致します。

記

- 1 患者の紹介および逆紹介、市民病院医療機器の共同利用、市民病院が企画する地域医療従事者向け研修により、平塚市民病院との連携強化を図ること。
- 2 登録医医療機関情報を平塚市民病院玄関の「登録医紹介」に掲示すること。また、ホームページで公開し、患者に対して地域医療連携に関して情報提供すること。
- 3 その他、平塚市民病院地域医療連携登録医制度運営要綱記載事項に関すること

平成 年 月 日

(医療機関名の横判でもかまいません)

住所
医院名
院長氏名
TEL/FAX

以上