

登録番号：

## 平塚市民病院地域医療連携医登録依頼書

平塚市民病院地域医療連携医の登録について下記の事項について承諾の上、依頼します。

### 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を強化する。
- 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」に掲示または、市民病院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。

年 月 日

(医療機関名のスタンプ等をご利用ください)

住所

医院名

院長氏名

TEL/FAX

以上