

宛先 神戸市立医療センター西市民病院 地域医療在宅支援室 【FAX078-579-1920】

E-mail : chiiki-renkei@kcho.jp

令和 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院連携医申請書

神戸市立医療センター西市民病院

院長 中村 一郎 宛

私は、神戸市立医療センター西市民病院の連携医となることを希望します。

医療機関名称		院長名	
所在地	〒		
電話番号		ホームページの有無	有 ・ 無
FAX 番号		メールアドレス	
登録申請 医師情報	お名前	E-mail アドレス (各種案内送付等に使用しますので、 お持ちの場合は是非ご記入ください)	専門とする診療分野
ふりがな 医師名 1			
ふりがな 医師名 2			
ふりがな 医師名 3			
ふりがな 医師名 4			
ふりがな 医師名 5			
在宅療養支援 診療所届出	有 ・ 無		
診療内容	<input type="checkbox"/> 通院のみ <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 看取り可 <input type="checkbox"/> 看取り不可		
当院のホームペー ジへの掲載につい て (医療機関名等)	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません		