

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 【FAX:078-579-1920】

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

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	☐ 通院のみ ☐ 訪問診療 ☐ 往診 ☐ 看取り可 ☐ 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)	☐ 希望します ☐ 希望しません			
神戸市 医師会所属	☐ 所属 ☐ 所属していない ☐ 申請中			