

登録医申請書

社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院 院長殿

開放型病床を利用するため、社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院 開放型病院運営規定を承認し、同病院の登録医として申請致します。

令和 年 月 日

届出医師名:

印

なお、当院紹介のため当院の情報を、大阪府済生会泉尾病院のホームページや院内掲示することに関しまして (同意します ・ 同意しません)

所属医療機関等

フリガナ								生年月日				
登録医師名								大・昭・平・令 年 月 日生				
所属医師会名												
重点診療分野	(例 胃カメラ 心エコー 専門分野など)											
フリガナ												
所属医療機関名												
所在地												
電話・FAX	電話						FAX					
電子メール												
診療科												
診療時間	受付時間						月	火	水	木	金	土
	午前											
	午後											
休診日												
在宅診療の可否	<input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所 <input type="checkbox"/> 機能強化型 <input type="checkbox"/> なし											
その他												

〒551-0032 大阪市大正区北村3丁目4番5号

大阪府済生会泉尾病院

地域ケア支援センター(がじゅまるサポート) 地域医療連携室

TEL:06-6552-0390 FAX:06-6552-0560

R1.5 改定