

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
病院長 殿

本申請に際し、関連する規定を十分に理解した上で、適正に申請いたします。

申請（変更）年月日：令和 年 月 日

申請者： _____ 印

（自署の際、印は不要）

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						
重点診療分野	(例：胃カメラ 心エコー 専門分野 etc)								
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								
在宅診療の可否	☐ 往診 ☐ 訪問診療 ☐ 在宅療養支援診療所 ☐ 機能強化型 ☐ なし								
当院の連携登録医療機関一覧ボードおよびデジタルサイネージ、ホームページ等への医療機関名等の掲載について、不都合がございましたら右欄でお知らせください。			☐ 掲載を希望しない						
所属医師会名 (加入要)									
その他									

551-0032 大阪市大正区北村 3-4-5
社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会泉尾病院
地域ケア支援センター 地域連携課
電話：06-6552-0390 FAX：06-6552-0560