宛先：総合犬山中央病院　地域連携支援センター【FAX】0568-62-8222

総合犬山中央病院　　連携登録申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 院長名 | 氏名 |
| 医師登録番号 | 生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 郵便番号・　所在地 | 〒 |
| 電話番号・FAX番号 | TEL  FAX |
| e-mail（任意） |  |
| 診療科目  （〇をつけて下さい） | 内科（消化器・呼吸器・糖尿病・腎臓・血液・循環器・神経）  外科（消化器・呼吸器・乳腺・血管・心臓・肛門）  整形外科・リハビリ科・脳神経外科・形成外科・皮膚科  泌尿器科・産科・婦人科・小児科・眼科・耳鼻咽喉科  リウマチ科・精神科・心療内科・麻酔科・ペインクリニック |
| 分野・専門医等の資格 |  |
| 診療時間 | 午前：（　　　　　　　　　　）午後：（　　　　　　　　　　　） |
| 休診日 |  |
| 在宅医療提供 | 有　　　　　　　　　無 |

＊お預かりした個人情報は適切に管理し、医療連携の目的以外には利用致しません。

上記のとおり、総合犬山中央病院の連携医に申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　院長名　　　　：　　　　　　　　　　　　　　　印