宛先　国立病院機構相模原病院　地域医療連携室　　FAX：042-742-8344

年　　月　　日

# 登　録　医　申　込　書

国立病院機構　相模原病院

院長　　安達　　献　行

□私は、国立病院機構相模原病院登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。

申請者

印

（申請者は、施設代表の方のお名前をお願いいたします）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療機関 | 名称 | | | |
| | 所在地 | （〒　　－　　） | | |
| | ＴＥＬ | | ＦＡＸ | |
| | 標榜科 | | | |
| | ＵＲＬ | | | |
| | Ｅメール<br>ｱﾄﾞﾚｽ | （相模原病院からのお知らせ等を配信します。希望する施設は明記をお願いいたします） | | |

当院のホームページ等への掲載をお伺いします。原則掲載いたしますが、ご希望されない場合には必ずチェックして下さい

※　当院ホームページへの掲載を　　□　希望します　　□希望しません

※　当院玄関掲示板への掲載を　　□　希望します　　□希望しません

| 医師名（ふりがな） | 性別 | 生年月日 | 専門診療科 |
|---|---|---|---|
| ※申請者の方のふりがな記載をお願いいたします | 男・女 | | |
| | 男・女 | | |
| | 男・女 | | |

| あてはまるものに ☑ | □睡眠時無呼吸症候群患者対応**不可** | □金属アレルギー患者対応**不可** | □糖尿病罹患患者対応**不可** |
|---|---|---|---|

※記載欄が不足した場合には、同じ用紙を使用してください。その場合は上記への記載は不要です。

※登録医の受諾は、登録医証の発行を持って代えさせて頂きます。

（相模原病院記入欄）

| | |
|---|---|
| 登　録　年　月　日 | |
| 登　録　番　号 | |