

医療連携登録医申請書

記入日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

大阪市立大学医学部附属病院

病 院 長 様

私は、大阪市立大学医学部附属病院医療連携登録医制度要綱の内容に同意し、医療連携登録医となることを希望いたしますので、下記のとおり申請いたします。

ふりがな	しだい たろう
氏名	市大 太郎  <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
生年月日	○○ 年 ○ 月 ○ 日
ふりがな	いりょうほうじん しだいいいん
医療機関名称	医療法人 市大医院
所在地	(〒○○○-○○○○) 大阪市○○区○○町○-○-○
電話番号	06-1234-5678
FAX	06-2345-6789
メールアドレス	shidai.taro@xxx.xx.jp
ホームページURL	https://www.shidai-cl.com/
標榜科	内科、呼吸器内科

病院ホームページのかかりつけ医紹介ページに医療機関情報（メールアドレス、FAX番号以外）を反映します。漏れなく正確にご記載ください。

（裏面に続く）

学歴	〇〇年 3月 〇〇 大学医学部卒業
職歴	<p>具体的に所属診療科まで記入してください。</p> <p>昭和〇〇年〇月 〇〇大学附属病院</p> <p>昭和</p> <p>平成</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; text-align: center; color: red;"> <p>別紙参照と記載の上、 別紙を添付することも可能です。</p> </div>
<p>当院ホームページ及び院内への医療機関情報（医療機関名、登録医名、標榜科、所在地、電話番号、URL）の掲載について <input checked="" type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>不可</p>	
<p>地域医療連携システム（Web24 時間外来初診予約システム）の利用について</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>以下、了承のうえ、申請する。 （大阪市立大学医学部附属病院地域医療連携システム利用要綱の規定を確認し遵守するとともに、利用に際しては、個人情報の保護に努めます。）</p> <div style="border: 2px solid blue; padding: 10px; text-align: center; color: red;"> <p>記載がない場合は、 同意の取り扱いとさせていただきます。</p> </div> <p><input type="checkbox"/>申請しない。</p>	

上記の者を、大阪市立大学医学部附属病院医療連携登録医として推薦します。

年 月 日 推薦者（どちらか1名で可）

_____ 区・市 医師会

会長 ㊟

※推薦印がないものは登録申請無効となります。※

一般社団法人 仁滯会 （大阪市立大学医学部同窓会）

理事長 ㊟

送付・問合せ先：〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7
 大阪市立大学医学部附属病院事務局 患者支援課
 ☎：06-6645-2857 E-mail:i-soudan@med.osaka-cu.ac.jp

(病院記入欄)

登録日	登録医ID	医療機関コード