**兵庫県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター**

**FAX：(06)6480-7721**

**（「０発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください）**

**地域医療支援病院登録医の申請書**

　　　　　年　　月　　日

兵庫県立尼崎総合医療センター病院長 殿

私は、兵庫県立尼崎総合医療センターの理念と基本方針に賛同し、貴院の地域医療

支援病院登録医として下記のとおり申し込みます。

**：**

**：**

**開 設 者 名：**

**標榜診療科：**（複数可）

**所　在　地：** 〒　　　−　　　　　 　　 　　　　　県・府

　　　　　　　　市 　　　　　　　　　　町

**電　話：**　　　−　　　　　−　　　　　**FAX：**　　　−　　　　　−

**E-メールアドレス：**　　　　　　　　　　　　　＠

**所属医師会(歯科医師会)：**

　□ 医師会(歯科医師会)には非加入です

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当院記入欄 | 登録番号 |  |  |
| 登録年月日 |  　 年 　 月 　日 |  |