# 西宮市立中央病院連携登録医　申請書

令和　　年　　月　　日

西宮市立中央病院　院長　池田　聡之　様

西宮市立中央病院連携登録医の趣旨を理解し、登録医師として参加することを希望しますので、下記のとおり申請します。

登録申請者

| | | |
|---|---|---|
| 登録医師氏名 | | |
| 医療機関 | 名称 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| | FAX 番号 | |
| | Mail ｱﾄﾞﾚｽ | ①　　@<br>②　　@<br>※中央病院からの情報などを配信します。 |
| 当院ホームページでの貴院名の掲載 | | □　可　　□　不可 |
| 当院 HP と貴院 HP の相互リンク | | □　可　　□　不可 |

Mail による情報提供について
・地域連携セミナーの案内
・地域合同研修の案内
・当院の体制変更等に関する連絡事項
・その他診療に関すること
等々

この件に関するお問い合わせは・・・
西宮市立中央病院　患者総合支援センター
〒663-8014　西宮市林田町 8 番 24 号
TEL：0798-64-1540
月曜～金曜　8：30～17：00
FAX：0798-67-4896

※登録申請書をご返送いただきましたら、当院より“連携医証”“連携医プレート”をお送りいたします。