

# 西宮市立中央病院連携登録医 申請書

平成 年 月 日

西宮市立中央病院 院長 根津 理一郎 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	— —
当院ホームページで の貴院名の掲載		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
当院 HP と貴院 HP の相互リンク		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

この件に関するお問い合わせは・・・  
西宮市立中央病院 地域医療連携室  
〒663-8014 西宮市林田町 8 番 24 号  
TEL : 0798-64-1540  
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。