

(様式1)

## 地域連携登録医届出書

年 月 日

社会医療法人厚生会 多治見市民病院  
病院長 今井 裕一 様

私は、社会医療法人厚生会 多治見市民病院の登録医となることを希望します。

### 【届出登録医師】

フリガナ										
氏 名	⑩									
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平			年			月		日生	
フリガナ							院長名 (同一の場合不要)			
施設名称										
所在地	〒									
TEL・FAX	TEL ( )			FAX ( )						
緊急連絡先	TEL 携帯									
ホームページ	http:									
電子メール										
診療科										
診療時間	受付時間	月	火	水	木	金	土	日	休診日	
	: ~ :									
	: ~ :									
可能な検査等										
在宅往診の可否	可 <input type="checkbox"/>					否 <input type="checkbox"/>				
当院への要望等ございましたらご記入ください。										