開放病床登録医申請書 (連携医療機関申請書)

東名厚木病院における開放病床運営要綱に基づき、開放病床登録医並びに連携医療機関として登録を申請します。

社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院 病院長 殿

| 記入日 | | 年 | | 年 | 月 | | 日 | | |
|------------|-----------|--------|--------------|-------|-----|-----------|---------|------|---------|
| | | | | | | | | | |
| 所属する医療機関 | 医療法人名 | | | | | | | | |
| | 医療機関名 | | | | | | | | |
| | 所在地 | | _ | _ | _ | _ | _ | _ | |
| | 電話番号 | | | | | | | | |
| | FAX番号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | 当院内やホームペー | -ジへの掲示 | | □ 希望す | | る | □ 希望しない | | |
| | 姓 | 名 | | | から口 | 専門分野・専門科目 | | | |
| 申請医師 | 火土 | | | | 性別 | | 守门の | 到"号] | 7/17 17 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| ⇒ 7 | 登録(更新)年月 | | | | | 備考 | | | |
| 記当 横 | | | 立 <u></u> 知田 | | | | ttl/I | 1-7 | |

社会医療法人 三思会 東名厚木病院 担当部署:地域連携室 TEL:046-229-1771(代) FAX:046-229-1779(直)