

公立陶生病院登録医登録届（新規）

令和 年 月 日

公立陶生病院病診連携システム運営協議会長 様

私は、公立陶生病院病診連携システムの主旨に賛同し、同実施要綱第3条第1項及び第2項の規定に基づき、登録医として登録します。

登録医氏名	フリガナ
医療機関名	
所在地	〒
T E L	
F A X	
eメールアドレス	
診療科目	
専門科目	
休診日	
所属医師会	

※太枠内を記入願います。

施設マスタ Excel ラベル 封筒 加入リスト 登録医証（ / / ）
FAX メディグル

公立陶生病院 地域医療連携室 FAX（0561）87-1636