

青森県立中央病院地域医療支援登録医申請書

年 月 日

青森県立中央病院長 殿

⑨

(申請者の氏名又は医療機関の名称)

下記のとおり、青森県立中央病院地域医療支援登録医の登録を受けたいので、青森県立中央病院地域医療支援に係る登録医制度要領第 3 条により申請します。

記

医療機関	フリガナ 名 称	
	フリガナ 代表者名	
	住所	〒
	連絡先	TEL: FAX:
	E-mail	
	ホームページ	
	標榜診療科 ○を付けて下さい。	内科（呼吸器 消化器 循環器 糖尿病 内分泌 腎臓 血液） 外科（呼吸器 消化器 乳腺） 精神科 神経内科 胃腸科 小児科 整形外科 形成外科 脳神経外科 心臓血管外科 皮膚科 泌尿器科 肛門科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 気管食道科 放射線科 麻酔科 心療内科 アレルギー科 リウマチ科 リハビリテーション科 内視鏡科 その他（ 歯科 歯科矯正科 小児歯科 歯科口腔外科
	訪問診療	有 ・ 無
医師の氏名および得意分野	フリガナ 氏 名	
	連絡先	TEL: E-mail (スマートフォンも可):
	得意とする分野	
	専門医等の資格	
	医籍登録番号 登録年月日	第 号 (令和 ・ 平成 ・ 昭和) 年 月 日