

大久保病院連携医申込書（医科）

令和 年 月 日

医師会

会長 様

住 所	〒										
ふりがな											
医療機関名											
電 話	()										
F A X	()										
ふりがな											
医 師 名											
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生							
医籍登録番号	号 (大・昭・平・令 年 月 日)										
得意診療科（専門分野に○を付けてください）											
内 科(一般・呼吸器・消化器・胃腸・循環器・内分泌・腎臓・〔))											
外 科(一般・呼吸器・消化器・胃腸・血管・心臓・形成・美容・〔))											
小児科・小児外科・整形外科・リハビリ・脳外科・眼科・耳鼻咽喉科・産科											
婦人科・皮膚科・泌尿器科・性病科・肛門科・アレルギー・リウマチ・人工透析											
精神科・神経科・神経内科・心療内科・ターミナルケア・ペインクリニック											
(その他)											
在宅医療の実施の有無 有 ・ 無											

- C@RNA connect (オンライン予約システム) の登録を希望する

希望する → 希望する場合はメールアドレスを記載：

@

希望しない

- 大久保病院ホームページの掲載について

可 → 医療機関名のみ

貴院ホームページリンク URL： _____

不可

大久保病院における地域連携システムの主旨に賛同し、登録の申込みをします。

なお、連携医活動に際しては、大久保病院の諸規程を遵守します。