

荏原病院連携医申込書

_____ 会長殿

_____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
医療機関名 _____

ふりがな
医師名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

医療機関住所 〒 _____

医療機関電話番号 _____ FAX番号 _____

ホームページ _____

Eメールアドレス _____

標榜診療科 (当院ホームページ内の医療機関マップ掲載時は、省略して表示いたします。)

- | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 内科 | <input type="checkbox"/> 消化器内科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 | <input type="checkbox"/> 糖尿病内科 | <input type="checkbox"/> 腎臓内科 | <input type="checkbox"/> 血液内科 |
| <input type="checkbox"/> 循環器内科 | <input type="checkbox"/> 神経内科 | <input type="checkbox"/> 小児科 | <input type="checkbox"/> 外科 | <input type="checkbox"/> 消化器外科 | <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺外科 | <input type="checkbox"/> 血管外科 | <input type="checkbox"/> 整形外科 | <input type="checkbox"/> リウマチ科 | <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 | <input type="checkbox"/> 脳神経外科 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚科 | <input type="checkbox"/> 形成外科 | <input type="checkbox"/> 泌尿器科 | <input type="checkbox"/> 眼科 | <input type="checkbox"/> 産婦人科 | <input type="checkbox"/> 耳鼻いんこう科 |
| <input type="checkbox"/> 精神科 | <input type="checkbox"/> 心療内科 | <input type="checkbox"/> 麻酔科 | <input type="checkbox"/> ペインクリニック科 | <input type="checkbox"/> 歯科 | <input type="checkbox"/> 小児歯科 |
| <input type="checkbox"/> 矯正歯科 | <input type="checkbox"/> 歯科口腔外科 | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | (| | | |) |

得意とする分野・専門医などの資格

出身大学 _____ 大学 _____ 年卒業

出身医局 _____ 大学 _____ 科

医籍登録番号 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

お預かりした個人情報適切に管理し、医療連携の目的以外には利用いたしません。
連携医証は、顔写真付きで発行しております。写真同封か、下記メールアドレスに画像を送付ください。
※写真サイズ(縦30mm×横25mm、上三分身、正面無帽)

荏原病院 地域医療連携室

renkei-e@tokyo-hmt.jp

(事務処理欄)

登録年月日 : _____

連携医証No. : _____

連携医証郵送 : _____

登録証郵送 : _____

マップ登録 : _____