

# 一般財団法人住友病院 医療連携登録医申出書

一般財団法人住友病院

院 長 金 倉 謙 様

年 月 日

私は、一般財団法人住友病院の登録医となることを希望いたしますので、登録を申請いたします。

申請医師名 \_\_\_\_\_ 印

**【届出医師】**

フリガナ			生年月日		
氏 名			大・昭・平	年 月 日	生
出身校・卒業年度	大学	昭和・平成	年 卒		
所属学会・経歴等 (認定資格)					
得意分野					

**【医療機関情報】**

※当院の医療機関情報を住友病院のホームページ等で  
紹介する事に( 同意します ・ 同意しません )

フリガナ			代表者名(院長名)					
医療機関名								
<input type="checkbox"/> 所属医師会名( _____ )			<input type="checkbox"/> 未加入					
所在地	〒( _____ )							
電話番号			ホームページ					
FAX番号								
■診療科名								
■在宅医療への取り組み								
在宅支援診療所の届出			訪問診療	可 ・ 不可	( _____ )			
強化型在宅支援診療所の届出			看取り	可 ・ 不可	( _____ )			
			緩和ケア	可 ・ 不可	( _____ )			
■診療時間								
受付時間	月	火	水	木	金	土	日	休診日
～								
～								
■紹介時事前連絡: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要						■予約システム: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 医療機関から <input type="checkbox"/> 患者から ) <input type="checkbox"/> 無		
※ 医院のPRがございましたらご記入をお願いします。								