

(様式1)

岐阜県立多治見病院病診連携システム

## 登録医申請書

令和 年 月 日

岐阜県立多治見病院長 殿

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

医療機関所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

ファックス番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

(ふりがな)

医療機関名称 \_\_\_\_\_

診療科目 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

登録医師名 \_\_\_\_\_

医籍登録番号 \_\_\_\_\_

保険医登録票番号 \_\_\_\_\_

(保険医登録票の番号4桁をご記入下さい。)

登録医番号 \_\_\_\_\_ \*当院で記入いたしますので記入は不要です。