

東部地域病院連携医申請書

平成 年 月 日

医師会
会長 殿

住 所 工
支 部 名 _____

医療機関名 _____

電 話 (_____)

ふりがな

医 師 名 _____ 印

明・大・昭 年 月 日 生

医籍登録番号 _____ 号 (年 月 日)

担当診療科 _____

※ 東部地域病院連携医 (新規) ・ 継 続)



現連携医証No. _____

私儀

公益財団法人東京都保健医療公社東部地域病院における地域連携システムの主旨に賛
同し、登録を申請します。

なお、連携医活動を行うに際しては、東部地域病院の諸規定を遵守します。

※ 登録の承認は、病院長からの連携医証の発行をもって代えます。