

登録医制度登録申請書

平成 年 月 日

医療法人五星会菊名記念病院
院長 中山 宏幸 殿

貴院における登録医制度の主旨に賛同し、登録の申込みを致します。なお、登録医活動を行うに際しては菊名記念病院の諸規定を遵守します。

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医 師 名

診療科目（○を付けてください）

内科（一般・呼吸器・消化器・循環器・内分泌・[]）
外科（一般・呼吸器・消化器・心臓・形成・美容・[]）
小児科・小児外科・整形外科・リハビリ・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・
産科・婦人科・皮膚科・泌尿器科・アレルギー・神経内科・人工透析・
精神科・神経科・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 ）

在宅診療所の届出：（ 在宅療養支援診療所 ・ その他一般診療所 ）

菊名記念病院ホームページ「登録医一覧」とのリンク及びアドレス等の掲載
希望する（<http://www.> ）・希望しない

※登録の受託は病院長からの登録医証の発行をもって代えます。

登録医制度（変更・解除）申請書

平成 年 月 日

医療法人五星会菊名記念病院
院長 中山 宏幸 殿

以下の項目につき（ 変更 ・ 解除 ）を希望致します。

（※変更箇所のみご記入ください。）

（※解除につきましては医療機関名、医師名のみで結構です。）

住 所 _____

医療機関名 _____

電 話 _____

F A X _____

医 師 名 _____

診療科目（○を付けてください）

内科（一般・呼吸器・消化器・循環器・内分泌・[]）

外科（一般・呼吸器・消化器・心臓・形成・美容・[]）

小児科・小児外科・整形外科・リハビリ・脳神経外科・眼科・耳鼻咽喉科・

産科・婦人科・皮膚科・泌尿器科・アレルギー・神経内科・人工透析・

精神科・神経科・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 ）

在宅診療所の届出：（ 在宅療養支援診療所 ・ その他一般診療所 ）

ホームページへのリンク

希望する（<http://www.> ）・解除する