

連携登録医確認票

(別紙2)

医院名			所属医師会						
(フリガナ)			生年月日	大正・昭和					
登録医氏名				年 月 日					
住所									
TEL				FAX					
E-mail アドレス									
ホームページの有無	有・無	ホームページアドレス							
標榜診療科名									
専門・得意領域									
診察日 休診日		月	火	水	木	金	土	日	祝
	午前 時 分 ～ 時 分								
	午後 時 分 ～ 時 分								
	【補足案内】								
入院病床	有 (床) ▶うち【一般 床・() 床・() 床】 ・ 無								
訪問診療 (往診)	可 ・ 不可 ・ 条件付可 ()								
	訪問時間帯	随時 ・ 診察時間内 ・ その他 ()							
設備									
	その他 ()								
その他特記事項									
パンフレット掲載 時のメッセージ (200字以内)									