

# 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		年	
登録医氏名						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)									