

令和 年 月 日

茅ヶ崎市立病院登録医療機関申請書（案）

茅ヶ崎市病院事業管理者 殿

茅ヶ崎市立病院登録医制度により、登録医療機関の申請をします。

医療機関名 _____

開設者名 _____

診療科名 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

E-mail _____

■ 申請書は、原本のご郵送をお願いいたします。

■ 登録医医療機関に複数の医師が勤務する場合は、院長及び代表医師名をご記入ください。

■ 当院では外来スペースに登録医療機関情報の案内を設置しています。

■ 当院では、ホームページに登録医療機関の一覧を掲載しています。

＊下記にチェックをお願いいたします。

ホームページへの掲載（ ☐ 可 ☐ 不可 ）