

(様式1)

令和 年 月 日

連携登録医申請書
(FAX:0774-63-6500)

医療法人社団 石鎚会京都田辺中央病院における連携登録医制度の主旨に賛同し、下記の通り登録を申し込みます。

医療機関所在地	〒
医療機関名	
電話番号	
FAX番号	
フリガナ	
申込者	
診療科・専門分野	
申込者のE-mail	

【リーフレット作成・当院ホームページへの掲載について】

当院では、患者さんへの情報提供のため、連携登録医のリーフレット作成、ホームページへの掲載を行っています。

ご承諾いただける場合は、下記の「希望する」に☑を付けてください。

リーフレット作成	☐	希望する※	☐	希望しない
ホームページのリンクについて	☐	希望する	☐	希望しない

※リーフレットにつきましては、貴院のホームページを参考に当方で作成の上、ご確認を頂きます。

尚、貴院にホームページが無い場合は、医療機関情報提供用紙のご記入をお願いします。

連携登録医証	☐	小(カウンター設置用)	☐	大(額縁)
--------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------

個人情報の取り扱いについて
「申込書」及び「医療機関情報提供用紙」でいただいた個人情報につきましては、リーフレットの作成や当院ホームページへの掲載のみに使用いたします。
なお、希望の有無や内容等に変更が生じた場合には、速やかにご連絡いただきますようお願いいたします。