

市立大津市民病院かかりつけ医登録申請書

私は、下記の内容に同意し、市立大津市民病院かかりつけ医登録制度に登録申請します。

記

- ・当院の名称を市立大津市民病院に掲示することを同意します。
- ・当院ホームページを市立大津市民病院ホームページに掲載することに同意します。
- ・当院の外来フロアに診療所・医院の紹介パンフレットの設置に同意します。

以上

年 月 日

医療機関名： _____

住 所： _____

代 表 者： _____

自院駐車場（ 有 ・ 無 ） 提携駐車場（ 有 ・ 無 ）

車椅子受診の可否（ 可 ・ 否 ）

医療機関名： _____

診療科： _____

住 所： _____

TEL 番号： _____

登録医氏名： _____

自院紹介： _____

(150 字以内)

診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祝

休診日： _____

備 考： _____

(150 字以内)

掲載写真等データでご提出いただく場合の送付先：

ホシエ仔

och2510@och.or.jp

※ホームページの内容を変更された場合は地域医療連携室にお知らせ下さい。