**市立大津市民病院かかりつけ医登録申請書**

（別紙）

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　）

（別紙2）

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：och2510@och.or.jp

ｵｰｼｰｴｲﾁ

　　　　※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。