別紙様式１

医療連携登録医申請書

記入日　　年　　月　　日

大阪公立大学医学部附属病院

病　　院　　長　　様

私は、大阪公立大学医学部附属病院医療連携登録医制度要綱の内容に同意し、医療連携登録医となることを希望いたしますので、下記のとおり申請いたします。

ふりがな	
氏　　名	㊞　　男・女
生年月日	年　　月　　日
ふりがな	
医療機関名称	
所在地	（〒　　―　　）
電話番号	
ＦＡＸ	
メールアドレス	
ホームページＵＲＬ	
標榜科	

（裏面に続く）

学歴	年　　月　　大学医学部卒業
職歴	具体的に所属診療科まで記入してください。

当院ホームページ及び院内への医療機関情報（医療機関名、登録医名、標榜科、所在地、電話番号、URL）の掲載について　　□可　　□不可

地域医療連携システム(Web24 時間外来初診予約システム)の利用について

□以下、了承のうえ、申請する。

（大阪公立大学医学部附属病院地域医療連携システム利用要綱の規定を確認し遵守するとともに、利用に際しては、個人情報の保護に努めます。）

□申請しない。

上記の者を、大阪公立大学医学部附属病院医療連携登録医として推薦します。

年　　月　　日　推薦者（どちらか１名で可）

□＿＿＿＿＿＿＿＿　区・市　医師会

会　長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

□公益社団法人　仁澪会（大阪公立大学医学部医学科同窓会）

会　長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

送付・問合せ先：〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町 1-5-7
大阪公立大学医学部附属病院　患者支援課
☎：06-6645-2857

（病院記入欄）

登録日	登録医ＩＤ	医療機関コード