**連携かかりつけ登録医　届出書**

星ヶ丘医療センター

病院長　殿

　私は、星ヶ丘医療センター連携かかりつけ医の登録医となることを希望いたします。

年　　月　　日

届出医師氏名

医　療　機　関　情　報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | （フリガナ） | | |
|  | | |
| 職名・代表者 |  | 氏名 | （フリガナ） |
|  |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| FAX番号 |  | | |
| ホームページ  URL |  | | |
| E-MAIL |  | | |