

登録医ご意向確認書

先生方のご意向を していただき、医療相談・医療連携支援室かけはし（以下かけはし）へ郵送、またはメール返信くださいますよう、お願い致します。（医師が複数名在籍されている場合は、本紙を複写してご利用ください）

-----ご記載欄-----

医療機関名：

医 師 名：

登録医として（新規・継続）登録を希望する。

（本紙、別紙（2）、別紙（3）の提出をお願い致します。）

登録医として（新規・継続）登録を希望し、開放型病院施設利用（手術室等）

も希望する。

（本紙、別紙（2）、別紙（3）の提出をお願い致します。その他の提出書類につきましては、後日かけはしよりご連絡させていただきます。）

登録医の継続を希望しない。

（本紙のみ、かけはしへ提出お願い致します。）

返信先

社会医療法人仁愛会 浦添総合病院
医療相談・医療連携支援室かけはし

メールにて返信希望の場合は、下記へお願い致します。

e-mail：24098oyafuso@jin-aikai.xsrv.jp 担当：親富祖

*本紙、別紙（2）、別紙（3）は浦添総合病院のホームページからダウンロード可能です。

https://jin-aikai.com/urasoe/community/medical_cooperation/