

## 大阪労災病院登録医 申請書

令和 年 月 日

大阪労災病院  
院長 田内 潤 殿

私は貴病院の登録医となることを希望しますので申請します。

ふりがな

登録医師名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

標榜科 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

FAX ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

担当医表、案内物等のご希望の送付先  郵送  FAX  E-mail

登録医になっていただくと

- ① ご紹介いただいた入院患者さまを、当院主治医と共同して診療に当たっていただくことができます。
- ② 図書室（文献検索サービス等）、専用研究室、ロッカー、駐車場、白衣等の病院の施設等が利用できます。
- ③ 症例検討会や院内講演会のご案内を致します。
- ④ 共同診療を行っていただくと、1回につき350点の加算請求ができます。

<病院記載欄>	登録日	年	月	日	番号
---------	-----	---	---	---	----