

大阪ろうさい病院登録医 申請書

令和 年 月 日

大阪ろうさい病院
院長 平松 直樹 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 _____ @ _____

ホームページ _____

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
---------	-----	---	---	---	----