

大阪医療センター連携医申込書

独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター  
院長 松村 泰志 様

申込日：令和 年 月 日

ふりがな								
申込医師(院長)	⑨							
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		年		月		日 生	
経歴	年 月			年 月				
	年 月			年 月				
	年 月			年 月				
	年 月			年 月				
所属学会 (認定医・ 専門医等)								
専門分野								

【所属医療機関】

医療機関名称  (医療機関番号)  所在地  院長氏名  TEL・FAX									
ホームページ									
電子メール	※地域医療連携室からの情報をお送りさせていただきます。必ずご記入ください								
大阪医療センターのホームページ上に貴院の医療機関名の掲載を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない									
*下記項目、逆紹介の参考にさせていただきますので、差し支えない範囲でご記入下さい。									
診療科									
診療時間	受 付 時 間		月	火	水	木	金	土	休診日
	午前	～							
	午後	～							
可能な検査等									
可能な手術等									
在宅往診の可否	可： <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/>				病床数		床		
*大阪医療センターへの要望等がございましたらご記入お願いします。									