

群馬県立小児医療センター 登録医申請書

フリガナ										
医療機関名										
フリガナ										
開設者名										
登録医師名	①			②						
	③			④						
郵便番号	〒									
住 所										
電話番号	—			—						
FAX番号	—			—						
ホームページ										
E-mail	@									
	当院からのお知らせを上記アドレスにお送りしてもよいですか。【 はい・いいえ 】									
診療科名										
診療時間	午前	時	分	～	時	分				
	午後	時	分	～	時	分				
休 診 日 (診療日に○をつけてください。)		日	月	火	水	木	金	土	祝日	
	午前									
	午後									
診 療 内 容	入院病床	有 (床) ・ 無								
	往 診	可 ・ 不可 場合によっては可 ()								
	往診時間帯	随時 ・ 診療時間内 ・ 診療時間外								
	訪問診療	有 ・ 無 場合によっては可 ()								
	訪問診療を行っている項目に○を記載してください。	1. 点滴 2. 経管栄養 3. 中心静脈栄養 4. 在宅酸素 5. 尿留置カテーテル 6. 腹膜透析 7. 人工呼吸器 8. 在宅医療を必要とする癌患者 9. 治療退院後の在宅医療を必要とする患者 10. 末期(癌)患者の終末医療 11. その他 ()								
医療機関名の掲載について	院内の「登録医一覧表」に、掲示してもよいですか。【 はい・いいえ 】									
	当院HP内の「登録医一覧表」に、掲載してもよいですか。【 はい・いいえ 】									
	HPをお持ちの場合、当院HPにリンクを掲載してよいですか。【 はい・いいえ 】									

群馬県立小児医療センター登録医制度実施要綱第2条第1項に基づき、上記のとおり登録を申請します。
 また、登録医の業務上知り得た個人情報の漏洩等が起きないよう最善の注意を払うことを誓約します。

令和 年 月 日

群馬県立小児医療センター
 院長 浜島 昭人 殿