奈良医療センター連携登録医申請書

奈良医療センター　院長　御中

奈良医療センターの連携登録医への登録を申請します。

■医療機関情報

申込日	令和　　年　　月　　日		
フリガナ			
施設名			
住所	〒		
フリガナ			
氏名			
TEL		FAX	
メールアドレス			
HP の有無	□有　　□無	掲載の希望	ホームページ・連携登録医療機関一覧への掲載を希望されますか？ □はい　　□いいえ
HP URL(有の場合)			

フリガナ	
連絡担当窓口	

■診療科目(該当するものに☑)

□内科　□精神科　□眼科　□脳神経外科　□外科
□睡眠障害内科　□呼吸器内科　□産婦人科　□ペインクリニック外科　□呼吸器外科
□整形外科　□循環器内科　□消化器内科　□皮膚科　□麻酔科
□リハビリテーション科　□リウマチ科　□小児科　□心療内科　□泌尿器科
□耳鼻咽喉科　□放射線科　□小児神経科　□脳神経内科　□歯科

□その他(　　)

■診療時間

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
時　～　時							
時　～　時							
時　～　時							

【お問合せ】
〒630-8053
奈良県奈良市七条2丁目789番地 奈良医療センター 地域医療連携室
TEL　0742-45-1563/ FAX　0742-45-4901 / メールアドレス　416-iy30@mail.hosp.go.jp