

登録医申請書

東千葉メディカルセンター
センター長 岩立 康男 殿

私は貴センターの登録医制度の趣旨に賛同し、下記のとおり「登録医」への登録を申し込みます。

ふ り が な 病院・診療所名	
登 録 医 名	し め い 氏 名 年 月 日生 (男・女) 役 職
住 所	〒 ー ー 都 道 区 府 県 市 郡
電 話	ー ()
F A X	ー ()
E-mail	@ * 各種案内送付のために必要となりますので、お持ちの場合は是非ご記入下さい。
診 療 時 間	
診 療 科 目 * 専門分野、得意とする分野をご記入下さい。逆紹介の際の資料となります。	
* 対応可能な項目 (チェックをお願いします。)	
<input type="checkbox"/> 往診可能 <input type="checkbox"/> 在宅末期治療 <input type="checkbox"/> 在宅栄養管理 (経管栄養、IVH 等) <input type="checkbox"/> 心不全管理 <input type="checkbox"/> 尿路カテーテル <input type="checkbox"/> 抗不整脈療法 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 脳血管障害後遺症のケア <input type="checkbox"/> 褥瘡の管理 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 在宅支援診療所 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射患者指導 <input type="checkbox"/> その他 ()	
* 施行可能な検査 (チェックをお願いします。)	
<input type="checkbox"/> X線単純撮影 <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 下部消化管内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部消化管造影撮影 <input type="checkbox"/> 下部消化管造影撮影 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心臓エコー <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 気管支内視鏡 <input type="checkbox"/> その他 ()	

* 内容に変更がありましたら、下記の連絡先までご連絡下さい。

〒283-8686 千葉県東金市丘山台 3-6-2
東千葉メディカルセンター地域医療連携室
電 話 0475-50-1336 (直通)
FAX 0475-50-1334 (連携室用)

地域医療連携室 : 処理欄 登録年月日 年 月 日
登録番号 登録番号 号