

申請書記入日：平成 年 月 日

## JR仙台病院 登録医申請書

JR仙台病院長 殿

私儀

JR仙台病院における地域医療連携システムの趣旨に賛同し、下記のとおり登録を申請します。

医療機関名																																													
(ふりがな)																																													
登録医師名						職 名																																							
住 所	〒																																												
電話番号						FAX番号																																							
E-mail																																													
標榜診療科名	<p>※ 該当欄にチェックをお願いします。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>内科</td> <td><input type="checkbox"/>消化器科</td> <td><input type="checkbox"/>循環器科</td> <td><input type="checkbox"/>胃腸科</td> <td><input type="checkbox"/>呼吸器科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>神経内科</td> <td><input type="checkbox"/>小児科</td> <td><input type="checkbox"/>アレルギー科</td> <td><input type="checkbox"/>糖尿病科</td> <td><input type="checkbox"/>リウマチ科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>外科</td> <td><input type="checkbox"/>乳腺外科</td> <td><input type="checkbox"/>麻酔科</td> <td><input type="checkbox"/>整形外科</td> <td><input type="checkbox"/>形成外科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>脳神経内科</td> <td><input type="checkbox"/>脳神経外科</td> <td><input type="checkbox"/>産科</td> <td><input type="checkbox"/>婦人科</td> <td><input type="checkbox"/>眼科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>耳鼻咽喉科</td> <td><input type="checkbox"/>皮膚科</td> <td><input type="checkbox"/>泌尿器科</td> <td><input type="checkbox"/>肛門科</td> <td><input type="checkbox"/>精神科</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>神経科</td> <td><input type="checkbox"/>心療内科</td> <td><input type="checkbox"/>放射線科</td> <td><input type="checkbox"/>リハビリテーション科</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/>その他( )</td> </tr> </table>										<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 胃腸科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> 糖尿病科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 肛門科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科		<input type="checkbox"/> その他( )				
<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 消化器科	<input type="checkbox"/> 循環器科	<input type="checkbox"/> 胃腸科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科																																									
<input type="checkbox"/> 神経内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> 糖尿病科	<input type="checkbox"/> リウマチ科																																									
<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 整形外科	<input type="checkbox"/> 形成外科																																									
<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科																																									
<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科	<input type="checkbox"/> 肛門科	<input type="checkbox"/> 精神科																																									
<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> 放射線科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科																																										
<input type="checkbox"/> その他( )																																													
医師紹介	※ 専門分野、モットー等についてご記入ください。																																												
診療時間  ○(診 察) ×(休 診) △(その他) ご記入ください。	時間帯	月	火	水	木	金	土	日	休診日																																				
	午前																																												
	午後																																												
その他	入院病床の有無	有( 床)・無			往診の可否			可・否																																					