

連携登録医・連携登録歯科医申請書請求用紙

「大阪市立総合医療センター 連携医登録医申請書」の書類を請求いたします。

FAX 送信先 06-6929-0886

令和 年 月 日

医療機関名	
ご担当者	
ご住所	〒
ご連絡先	電話番号 () FAX 番号 ()

【ご登録の手順】

- ① 用紙に必要事項をご記入の上、地域医療連携室に FAX お願いします。
- ② FAX の受信確認後、当院より申請書等の書類一式を郵送いたします。
- ③ 「連携登録医の皆さまへ」をお読みの上、同意いただけましたら、「連携登録医申請書」と「医療機能アンケート」をご記入いただき、地域医療連携室宛に郵送してください。
- ④ ご登録が終わりましたら、「連携登録医証」を当院よりお届け、または郵送いたします。

※この用紙は申請書の請求用紙です。これをお送りいただいただけでは連携登録医へのお申し込みには完了にはなりませんのでご注意ください。

お問い合わせ 大阪市立総合医療センター 地域医療連携室
(直通電話) 06-6929-3643 (FAX 番号) 06-6929-0886