

(第1号様式)

令和 年 月 日

連携登録医申請書

和歌山県立医科大学附属病院
院長 西村 好晴 様

私は、連携登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。

申請者

職名・氏名 _____

医療機関	名称			
	所在地	(〒 -)		
	TEL		FAX	
	標榜科			
	URL			
	MAIL			
※当院ホームページへの掲載を <input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません				
※メールアドレスは、当院からのご案内をお送りするために使用します。				

医師名(ふりがな)	性別	生年月日	専門科目
	男・女		

※登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

※登録医証(名札)を作成のため、写真(縦3cm×横2.5cm)1枚もご提出願います。

(和歌山県立医科大学附属病院記入欄)

登録年月日	
登録医番号	

個人情報保護に関する誓約書

和歌山県立医科大学附属病院
院長 西村 好晴 様

私は、当院の連携登録医として、個人情報保護に関する院内規程を十分に理解し、これを遵守いたします。

私は、登録期間中はもちろん、辞退後においても、登録医の業務上知り得た個人情報を、第三者に漏らしません。

以上、誠実に遵守することを誓います。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

登録医氏名 _____ (印)

(必ず自署の上捺印のこと)

(和歌山県立医科大学附属病院記入欄)

登録年月日	
登録医番号	