

## 連携登録医申請書

令和 年 月 日

奈良県立医科大学附属病院 病院長 様

奈良県立医科大学附属病院の連携登録医への登録を申請します。

医療 機 関	名 称			
	所 在 地	( 〒 )		
	最寄り駅等 アクセス方法			
	T E L		F A X	
	標 榜 診療科名			
	メ ー ル アドレス			
	ホームペー ジ URL			
申 請 者	ふりがな			
	職・氏名			
	ご専門の 診療領域			
<p>連携登録医として、奈良医大附属病院ホームページへの掲載を</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 希望します    <input type="checkbox"/> 希望しません</p>				

注・申請書等は、郵送またはFAXにより、下記宛てにお送りください。

- 別紙を含め、ご記載いただいた貴院情報は、奈良医大附属病院から、地域の医療機関への患者紹介（逆紹介）を推進するための参考として使用いたします。
- 奈良医大附属病院ホームページへの掲載を希望された場合、ご記載いただいた貴院ホームページURLとリンクいたします。また、Google Mapを用いて貴院の位置情報を掲載いたします。
- ご記載いただいた個人情報に関しては、奈良県個人情報保護条例及び奈良県立医科大学附属病院個人情報保護方針に則り適切に取り扱います。

(奈良県立医大附属病院記入欄)

登録年月日	令和 年 月 日
登録番号	

【お問い合わせ先】  
 奈良県立医科大学附属病院 地域医療連携室  
 〒634-8522 奈良県橿原市四条町840  
 TEL：0744-22-3051(代表)  
           0744-29-8022(直通)  
 FAX：0744-23-9923