

(様式 1)

宮城県立こども病院 登録医療機関(登録医)申込書

宮城県立こども病院 院長 殿

本医療機関又は勤務する医師は、「宮城県立こども病院」登録医療機関又は登録医として、申し込みます。

記入日 年 月 日

医師会区分	仙台市医師会	仙台歯科医師会	()医師会							
フリガナ										
医療機関名 (又は勤務する医療機関名)										
フリガナ										
開設者名 (又は管理者名)	(印)									
郵便番号	〒									
住所										
電話番号	— —									
FAX番号	— —									
ホームページ										
メールアドレス※	@									
診療科名	*専門分野, 得意とする分野をご記入ください. *逆紹介の重要な資料となります。									
診療時間	(午前)	時	分	～	時	分	(午後)	時	分	
休診日		日	月	火	水	木	金	土	祝日	
休診枠に「×」を ご記入ください	午前									
	午後									
診療情報	(病床) 病床数	なし ・ あり 床								
	(往診対応) 時間帯 コメント	不可 ・ 可能 随時 ・ 診療時間内 ・ 診療時間外								
	(訪問診療) 対応可能項目 コメント	なし ・ あり 点滴 経管栄養 中心静脈栄養 在宅酸素 尿留置カテーテル 腹膜透析 人工呼吸器 在宅医療を必要とする癌患者 治療退院後の在宅医療を必要とする患者 末期(癌)患者の終末医療 その他 ()								
その他										

※メールアドレスは、登録医療機関(登録医)への連絡やご案内・広報などのために使用致します。