（様式 1）

年　　月　　日

JA 北海道厚生連　旭川厚生病院
院　長　　森　　達也　　様

連携登録医申請書

JA 北海道厚生連旭川厚生病院が推進する地域医療連携の趣旨に賛同し、登録を申請します。

【基本情報】

医療機関名			
住　所	〒		
電話番号			
FAX 番号			
ＵＲＬ			
医師名 （代表者もしくは院長）		出身大学 ※任意記載	
標榜診療科	☐ 内科　☐ 循環器内科　☐ 呼吸器科 ☐ 神経内科　☐ 消化器科　☐ 小児科 ☐ 代謝内科・糖尿病　☐ 外科　☐ 心臓血管外科 ☐ 脳神経外科　☐ 整形外科　☐ 皮膚科 ☐ 産科・婦人科　※分娩取扱　☐有　☐無 ☐ 泌尿器科　☐ 耳鼻科　☐ 眼科 ☐ 形成外科　☐ 口腔外科　☐ 麻酔科 ☐ 緩和ケア科　☐ 精神科 ☐ その他（　　）		
入院施設の有無	☐有　☐無	訪問診療実施の有無	☐有　☐無
当院ホームページへの掲載	☐可　　☐否		
貴院の PR ※写真掲載のご希望がありましたら下記メールアドレス宛に送信ください			
受入が困難な疾患 注意事項等			

※当院ホームページの地域医療連携室のページに申請書フォームをご用意しておりますので、ぜひご利用ください。
https://www.dou-kouseiren.com/byouin/asahikawa/regional/index.html

【地域医療連携室 E-mail】
asa.renkei@ja-hokkaidoukouseiren.or.jp