**岐阜県医師会事務局　　宛（ＦＡＸ：０５８−２７１−１６５１）**

**平成29年度　同行診療実施機関　登録申請書**

１．次のとおり、標記の同行診療実施機関として登録を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 地域医師会 |  |
| 医療機関名 |  | （主な診療科1つに○を付けてください。）内科　・　外科　・　小児科 |
| 住　所 | 〒　　　　− |
| 会員氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

・同行診療を実施する日は、後日、通知する（様式2-2）同行事業協力機関一覧から希望の医療機関を選択し、直接調整していただきます。

・同行診療実施後、（様式1-2）報告書（様式1-3）口座情報の提出をお願いいたします。