

(様式 2)

かかりつけ医登録申請書

岐阜県医師会長 殿

下記のとおり、岐阜県在宅療養あんしん病床確保事業の登録医として申請します。

申請日：令和 年 月 日

医療機関名	
管理者名	
医療機関 所在地	〒 — 住所： 電話番号： FAX 番号： e-mail：
登録する 医師名①	
登録する 医師名②	
登録する 医師名③	

上記にご記入後、岐阜県医師会事務局へ FAX（058-271-1651）にて送付をお願いします。

○備考

本事業を利用するかかりつけ医は、本事業の目的、趣旨をご理解いただき、事前に本事業の登録医として本会まで申請する必要があります。また、本会に登録された医師の情報は、登録医一覧として取りまとめ、受入医療機関へ情報共有されます。

○本事業のお問い合わせ先

岐阜県医師会事務局 〒500-8510 岐阜市藪田南 3-5-11 電話 058-274-1111（代表）FAX058-271-1651