

連携登録医届出書

独立行政法人 地域医療機能推進機構（JCHO）
大阪病院
院長 西田 俊朗 様

申込年月日 年 月 日
申請者

JCHO大阪病院の登録医として（ ☐ 新規 ☐ 変更 ）登録いたします。

1. 連携登録医療機関情報

医療機関名称			
フリガナ		医療機関コード	
開設者名			
所在地	〒（ ）		
電話番号		FAX番号	
標榜診療科名			
所属医師会	☐ なし ☐ あり（ ）医師会		
当院からのメール配信	☐ 可（アドレス ） ☐ 不可		
当院の連携登録医療機関一覧ボードおよびホームページ等への医療機関名の掲載をご希望されない場合は右欄をチェックしてください		☐ 掲載を希望しない	

2. 開放型病院共同指導医および産科オープン医への登録

登録ご希望の方は、開放型病院共同指導医（開）、産科オープン登録医（産）の何れか・又は両方へ○をつけ、全員のお名前等をご記入ください。

☐ 開	フリガナ	男	生年月日	医籍番号
☐ 産	登録医師名	女	年 月 日	
☐ 開	フリガナ	男	生年月日	医籍番号
☐ 産	登録医師名	女	年 月 日	
☐ 開	フリガナ	男	生年月日	医籍番号
☐ 産	登録医師名	女	年 月 日	
☐ 開	フリガナ	男	生年月日	医籍番号
☐ 産	登録医師名	女	年 月 日	

3. がん診療連携保健医療機関への登録

がん診療連携保健医療機関として登録（がん診療地域連携パスの使用）をご希望される場合は、下欄の診療可能なものにチェックしてください

☐ 乳がん	☐ 胃がん	☐ 大腸がん	☐ 肺がん
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

4. 大阪病院ネット（WEB予約・診療情報閲覧）の利用

登録ご希望の方は、別途利用申請手続きが必要です。当院ホームページ>医療機関の皆様へ>大阪病院ネット をご参照ください。