

金沢医療センター 登録医申請書

平成 年 月 日

医師会

会長 _____ 殿

独立行政法人国立病院機構 金沢医療センターの開放病床
の設置および利用の主旨に賛同し、登録を申し込みます。

ふりがな

申請者氏名 _____ 印

医療機関名 _____

※在宅療養支援診療所の登録の有無をお知らせ下さい。
(登録の有無により、地域連携退院共同指導料の点数が異なります。)

有 ・ 無

(どちらかに○を付けて下さい)