金沢医療センター　登録医申請書

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)