

松本市立病院 院長 殿

## 登録医申請書

松本市立病院と地域医療連携を図る登録医として申請いたします。

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名 \_\_\_\_\_

申請者（登録医氏名） \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

申請に際し、以下を希望します。

- 松本市立病院ホームページとのリンク

(        ) 希望する

**【貴院 URL:<https://www> \_\_\_\_\_】**

(        ) 希望しない

- 松本市立病院に登録医リーフレットを設置

(        ) 希望する

(        ) 希望しない

- LINE による松本市立病院の情報発信

(        ) 希望する

(        ) 希望しない