

連携医届出書

社会福祉法人京都社会事業財団

京都桂病院 病院長殿

私は、京都桂病院の連携医となることを希望します。 年 月 日

施設名称	フリガナ								
	院長名		⑩						
	生年月日		年 月 日						
所在地	〒								
TEL			メールアドレス						
FAX			ホームページ						
フリガナ				休診日・他	標榜診療科目				
勤務医名									
診療時間	月	火	水			木	金	土	日
: ~ :									
: ~ :									
: ~ :									
交通手段				駐車場					
診療内容	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 看取り								
備え付けの医療機器									
先生の専門分野									
患者さんへのメッセージ									
所属学会									
認定医等									