（第１号様式）

令和　　　年　　月　　日

連携登録医申請書

和歌山県立医科大学附属病院

　 院長 　西村　好晴　　様

　　私は、連携登録医となることを希望しますので登録をお願いいたします。

　 申 請 者

　職名・氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医　　　療　　　機　　　関 | 名　称 |  | | |
| 所在地 | （〒　　　‐　　 　） | | |
| Ｔ Ｅ Ｌ |  | Ｆ Ａ Ｘ |  |
| 標榜科 |  | | |
| Ｕ Ｒ Ｌ |  | | |
| MAIL |  | | |
| ※当院ホームページへの掲載を　　□　希望します　　　□　希望しません  ※メールアドレスは、当院からのご案内をお送りするために使用します。 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医師名（ふりがな） | 性別 | 生 年 月 日 | 専門科目 |
|  | 男・女 |  |  |
|  | 男・女 |  |  |
|  | 男・女 |  |  |
|  | 男・女 |  |  |
|  | 男・女 |  |  |

※登録の受託は、登録医証の発行をもって代えさせていただきます。

※登録医証（名札）を作成のため、写真（縦3cm×横2.5cm）１枚もご提出願います。

（和歌山県立医科大学附属病院記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登録年月日 |  |
| 登録医番号 |  |

（様式第２号）

**個人情報保護に関する誓約書**

和歌山県立医科大学附属病院

院長 　西村　好晴　様

　私は、当院の連携登録医として、個人情報保護に関する院内規程を十分に理解し、こ れを遵守いたします。

　私は、登録期間中はもちろん、辞退後においても、登録医の業務上知り得た個人情報 を、 第三者に漏らしません。

　以上、誠実に遵守することを誓います。

令和　　　年　　月　　日

医療機関名

登録医氏名　　　　　 　　　　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（必ず自署の上捺印のこと）

（和歌山県立医科大学附属病院記入欄）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 登録年月日 |  |
| 登録医番号 |  |