

# 荏原病院連携医変更申込書

年 月 日

荏原病院長 殿

ふりがな  
医療機関名 \_\_\_\_\_

ふりがな  
医師名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 年 月 日生

1 荏原病院の連携医登録内容に下記のとおり変更が生じたため報告いたします。

	変更前	変更後（変更箇所のみご記入ください）
医療機関名		
住所		
電話番号		
連携医名		
診療科		
卒業大学		
卒業年次		

2 変更理由

- 院長交代  
 その他 ( )

3 得意とする分野・専門医などの資格等（任意記載）

お預かりした個人情報は適切に管理し、医療連携の目的以外には利用いたしません。

連携医変更の場合は、医師免許証の写しを同封ください。

- 協定締結の医師会、歯科医師会に所属 同封は不要です  
協定締結以外の医師会、歯科医師会に所属 同封が必要です

連携医証は、顔写真付きで発行しております。写真同封か、下記メールアドレスに画像を送付ください。

※写真サイズ（縦30mm×横25mm、上三分身、正面無帽）

荏原病院 地域医療連携室

**renkei-e@tokyo-hmt.jp**

- （事務処理欄）
- 登録年月日 :  
連携医証No. :  
連携医証郵送 :  
登録証郵送 :  
マップ掲載 :