

医療機関（医師）登録届

年 月 日

箕面市立病院

総長 田村信司 宛

保険医療機関 所在地 〒

名 称

医師名

印

電話番号

FAX番号

（標榜科目）

箕面市立病院の連携医療機関（医師）として登録を届け出ます。

※ 本届けを行う保険医療機関が、在宅療養支援診療所（施設基準の届け出予定を含む）の場合は以下にも記入してください。

主たる連携医療機関 （診療所）の名称	
主たる連携訪問看護事業所 の名称	