



西暦 年 月 日

社会福祉法人 康和会  
病院長 岩下 光利 様

医療機関名	
住所	〒
電話 / FAX	電話 FAX
メールアドレス	
フリガナ	
医師名	
標榜診療科	
当院 HP → 貴院 HP への web リンク 掲載希望	① あり ( HP アドレス ) ② なし
在宅医療の届出について	① 在宅療養支援診療所 ( A 単独強化型 / B 連携強化型 / C 強化型ではない ) ② 一般の診療所 ③ その他 ( )
登録医証の額装の可否	① 額装を希望 ② 額装は不要 ( 登録医証のみ )

上記内容にて、登録医申請をいたします。