**かかりつけ医登録申請書**

岐阜県医師会長　殿

下記のとおり、岐阜県在宅療養あんしん病床確保事業の登録医として申請します。

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 管理者名 |  |
| 医療機関所在地 | 〒　　　－住所：電話番号：FAX番号：e-mail： |
| 登録する医師名① |  |
| 登録する医師名② |  |
| 登録する医師名③ |  |

上記にご記入後、岐阜県医師会事務局へFAX（058-271-1651）にて送付をお願いします。

〇備考

本事業を利用するかかりつけ医は、本事業の目的、趣旨をご理解いただき、事前に本事業の登録医として本会まで申請する必要があります。また、本会に登録された医師の情報は、登録医一覧として取りまとめ、受入医療機関へ情報共有されます。

〇本事業のお問い合わせ先

岐阜県医師会事務局　〒500-8510岐阜市薮田南3-5-11　　電話058-274-1111（代表）FAX058-271-1651