**医療連携登録医制度のご案内**

目的

防衛医科大学校病院は、埼玉西部地区の基幹病院の一つとして、安全で高度な医療を提供する責務を担っています。そのためには、かかりつけの主治医との連携を通じて一貫性のある医療を提供するシステムの構築が必要です。当院は特定機能病院として、地域医療の向上に寄与するために、連携医療機関・登録医制度を創設いたします。

連携医療機関・登録医の特典

* 「防衛医科大学校病院　連携医療機関・登録医」の呼称をご使用いただけます。
* 「登録証」を発行いたします。登録証は受付等に掲示いただけます。
* 当院が主催する地域医療連携検討会、講演会等の開催案内をお送りいたします。
* 当院の地域医療連携室ホームページに「防衛医科大学校病院 連携医療機関・登録医」として紹介いたします。
* 後方連携医療機関として、受入れ機能に応じて逆紹介させていただきます。

連携医療機関・登録医のお申込方法

連携を希望される医療機関の医師あるいは歯科医師の先生は、申込書に必要事項を記載の上、下記までFAXまたはE-mailで送付願います。

防衛医科大学校病院　地域医療連携室

電話番号 04-2995-1511　内線3971

FAX 04-2995-1130

E-mail renkei@ndmc.ac.jp

（連携医療機関・登録医専用のメールアドレス）

送り先：防衛医科大学校病院　地域医療連携室

FAX： 04-2995-1130

E-mail: renkei@ndmc.ac.jp

連携医療機関・登録医申込書

私は、防衛医科大学校連携医療機関・登録医制度の趣旨に賛同し、登録を

希望します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 登録医名 |  |
| 郵便番号住所 | 〒 |
| 電話番号FAX |  |
| 標榜診療科 |  |
| E-mailアドレス（当院からの案内用） |  |
| ホームページURL |  |
| ＊当院ホームページへの掲載希望（希望項目にレ点をお願いします） | □　全て希望します　□　一部内容希望□医療機関名　□登録医名　□住所　□電話番号　□標榜診療科□ホームページURL |

ご要望等ありましたらお書きください。

|  |
| --- |
|  |