

年 月 日

いわき市医療センター院長 様

### 地域医療連携機関登録医活動申込書

| 区分      | 内容等   |
|---------|---|
| 医療機関名   |   |
| 氏名 (職種) |   |
| 活動日時    | 年 月 日<br>: ~ :  |
| 活動内容    | <input type="checkbox"/> : 患者訪問<br>患者名 :<br><br><input type="checkbox"/> : その他<br>( ) |

いわき市医療センター  
地域医療連携グループ  
FAX送信先: 26-2119