前

FAX 06－6458－0347（関西電力病院 地域医療連携室 行）

年　　月　　日

関電病院かえる倶楽部入会申込書

地域医療連携室 宛

下記のとおり、関電病院かえる倶楽部の登録を申込みます。

［所属医療機関名］

ふりがな		
医療機関名		
所在地	〒（　　-　　）	
ふりがな		
氏 名	印	
生年月日	年　　月　　日　生	
電話・FAX	電話（　　）　－	FAX（　　）－　　－
電子メール		
標榜診療科		
＊こちらからご紹介させて頂く場合の診療科及び疾病	＊ご記入例⇒糖尿病内科：糖尿病、脂質異常症、肥満症、高血圧症	
在宅往診の可否	可　・　否	
その他		

※患者さまからのお問合せがあった場合の為に、差支えがなければご記入下さい。

出身校・卒業年度	大学　　昭・平　　年卒
所属学会（認定資格）	有（　　）・無