様式１a

病院長	運営委員長	診療科長

神奈川歯科大学附属病院オンライン共同医療システム

登録医申請書

神奈川歯科大学附属病院長　殿

私は、神奈川歯科大学附属病院オンライン共同医療システムの登録医になることを下記の通り希望します。

記

申　請　者	印
生年月日	年　　月　　日　生
現　住　所	〒 電話　　FAX
医療機関名	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所　　有　・　無
勤　務　先 住　　所	〒 電話　　FAX E-mail
卒業大学 卒　業　年	卒業 年卒
歯科医籍 登録番号	
保　険　医 登録番号	

神奈川歯科大学病院
開放型病院
オンライン共同医療システム

オンライン共同医療システムとは、ハード面、ソフト面の有効活用により
患者様ファーストの医療体制の充実を図るために、
病院と診療所の連携によりお互いに情報を交換し合い、
患者様に対してより質の高い医療を提供するシステムです。

登録医の申請は、オンラインにて
ご登録ができます！

となりのQRコードから

登録申請

↓

登録証の発行

＊医療機関様へ郵送いたします。

開放型病院（オンライン共同医療システム）
の詳細については、HPよりご覧ください。

神奈川歯科大学附属病院

神奈川歯科大学附属病院 院務部 地域連携室
電話番号　046-822-8877（直通）
FAX番号　046-822-8888　担当：佐藤/磯部