

送付先:医療支援センター
(FAX : 0798-45-6002)

兵庫医科大学病院長 宛

武庫川クラブ会員確認書

私は、兵庫医科大学病院登録医制度取扱要綱の趣旨に賛同し、武庫川クラブ会員になることを希望します。

ふりがな 医療機関名		ふりがな 院長名	
標榜診療科		重点診療分野	(例:「糖尿病等」)
所在地	〒		
電話番号		FAX番号	
ホームページ の有無 (いずれかにチェック 願います。)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ホームページの リンク掲載 (いずれかにチェック 願います。)	<input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。(※1)
ホームページ のURL			
当院に紹介実績 のある方	お名前	E-mailアドレス(※2) (いずれかにチェック願います。)	専門とする診療分野
ふりがな 登録医師名1		<input type="checkbox"/> 別途、空メールを送付(送付先は下記参照) <input type="checkbox"/> 本紙に記載	
ふりがな 登録医師名2		<input type="checkbox"/> 別途、空メールを送付(送付先は下記参照) <input type="checkbox"/> 本紙に記載	
ふりがな 登録医師名3		<input type="checkbox"/> 別途、空メールを送付(送付先は下記参照) <input type="checkbox"/> 本紙に記載	

(※1) 同意しない場合、リンクはしませんが、病院名、ホームページの有無、登録医名、標榜診療科名、所在地、電話番号の情報は掲載させていただきます。

(※2) E-mailについては、兵庫医科大学病院登録医制度取扱要綱の別表(「武庫川クラブ」登録医の当院における実施要領及び特典事項)の情報発信のみに限定して使用させていただきます。

また、手書きでは判読しにくい文字があるため、メールアドレスのある方につきましては、お手数ですが、医療支援センター(chiiki@hvo-med.ac.jp)宛に空メール(1.件名:武庫川クラブメールアドレス登録申請、2.内容:医療機関名、氏名を明記)をご送付いただきますようお願いいたします。