

地域医療支援事業における共同利用申請書

年 月 日

獨協医科大学日光医療センター 病院長 様

医療機関名 : _____

申請者氏名 : _____

連絡先 : _____

獨協医科大学日光医療センターの地域医療支援事業運営管理規程及び地域医療支援事業共同利用に関わる細則に基づき、以下の通り申請いたします。

※ 該当する番号に「○」を付ける

共同利用範囲	1. 外来診療への参加	
	2. 入院診療への参加	
	3. 手術への参加	
	4. 放射線診断機器の利用(CT ・ MRI)	
	5. 研究施設の利用(会議室:第1、第2、第3)	
	6. 研究室の利用(図書室)	
患者の情報	患者氏名:	生年月日: 年 月 日
	カナ氏名:	当院ID:
	性別: 男 ・ 女	
	病名:	来院日時: 年 月 日 :
	来院方法:	付き添い:
	ADL:	Vital:
利用目的		
獨協医科大学 日光医療センター (事務手続欄)	受付担当者:	