

西東京市在宅療養後方支援病床確保事業

かかりつけ医登録申請書

申請日	平成 年 月 日
所属医師会名 ※該当する番号に丸をつけてください。	1 西東京市医師会 2 その他医師会 (医師会) 3 医師会には所属していない ⇒必要書類(「医師免許証」および「写真付き身分証明書(運転免許証等)」のコピーを西東京市医師会まで別途御郵送ください。
医療機関名	
医師名	
医療機関住所	〒 -
電話番号	- -
FAX番号	- -
Eメールアドレス	

記入後は、西東京市医師会事務局へFAXにてご返送をお願いします。

なお、本事業へのお問い合わせ等は、下記までお願いいたします。

●本申請用紙に関するお問い合わせ・書類の御送付先

西東京市医師会事務局

住 所：東京都西東京市中町1-1-5

電 話：042-421-4328

FAX：042-424-3729

●在宅療養後方支援病床確保事業についてのお問い合わせ先

西東京市 健康福祉部 高齢者支援課 在宅療養推進係

電 話：042-438-4102

FAX：042-438-2827