

登録にご賛同いただける医療機関は、下記登録申請書に所要事項をご記入の上、郵送又はFAXにてご提出ください。

### 医師会員の場合

●宛先●の 埼玉県医師会長 にチェックを入れ、埼玉県医師会宛てに提出  
〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1 埼玉県医師会  
電話:048-824-2611 FAX:048-822-8515

### 医師会員ではない場合

●宛先●の 埼玉県知事 にチェックを入れ、埼玉県宛てに提出  
〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1 埼玉県 医療整備課 医務・医療安全相談担当  
電話:048-830-3542 FAX:048-830-4802

令和 年 月 日

## 「患者さんのための3つの宣言実践医療機関」登録申請書

宛先●

埼玉県医師会長

埼玉県知事

(ふりがな)

医療機関名称

所在地 〒

(ふりがな)

代表者役職名・氏名

患者さんとの信頼関係に立ったよりよい医療サービスの提供を目指して、「患者さんのための3つの宣言実践医療機関」への登録を申請し、下記の事項を実践します。

### 記

- 1)十分な説明を行い、医療を提供します。
- 2)診療情報の開示に協力します。
- 3)セカンド・オピニオン(主治医以外の医師に意見を聞くこと)に協力します。

●医療機関連絡先●

(ふりがな)

担当者 所属

氏名

電話番号

FAX

メールアドレス

※登録後、名称及び所在地に変更があった場合には、規定の様式により速やかに届出をお願いいたします。