

箕面市立病院連携医療機関 登録申込書

年 月 日

箕面市立病院の連携医療機関として、以下のとおり登録を申し込みます。

医療機関名称 (厚生局届出名称)	フリガナ -----
医療機関所在地	フリガナ ----- (〒 -)
管理者氏名	フリガナ -----
電話番号	() -
F A X 番号	() -
保険医療機関番号	
標榜診療科目	
Eメールによる 診療等の情報の送信	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない メールアドレス []
当院ホームページの 登録医ページの掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

登録医氏名	専門科目・専門分野
フリガナ -----	
フリガナ -----	
フリガナ -----	

(お問合せ先) 箕面市立病院 地域医療室
 電話：072-728-2177
 F A X：072-728-8475
 Email:chiiki@minoh-hp.jp