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）	ﾌﾘｶﾞﾅ
医療機関所在地	ﾌﾘｶﾞﾅ （〒　　－　　）
管理者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ
電話番号	（　　）　　－
ＦＡＸ番号	（　　）　　－
標榜診療科目	
診療等の情報の 送信方法	□メールのみ希望 ※ □ＦＡＸとメールどちらも希望する ※ メールアドレス［　　］ ※メールでの送信をご希望の場合は、［　］内にご記入いただくか、以下アドレスまで「医療機関名、氏名、職種」をお送りください。 【メール送信先： chiiki@minoh-hp.jp 】 右下の QR コードを読み取っていただくことでも送信できます。 □ＦＡＸのみ希望
当院ホームページの 登録医ページの掲載	□希望する　　□希望しない
地域医療ネットワーク システム参加	□希望する（Web 予約システム　要・不要）　　□希望しない ※希望する場合は別紙［地域医療ネットワークシステム参加申込書兼利用者登録申請書］が必要です。

登録医氏名	専門科目・専門分野
ﾌﾘｶﾞﾅ	
ﾌﾘｶﾞﾅ	

※３名以上登録を希望される場合は、コピーしてご記入ください。

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