マツダ病院　連携医療機関認定申込書

平成　　年　　月　　日

当医療機関は、マツダ病院の連携医療機関認定制度の趣旨に賛同し、認定を受けることを希望します。

申請者

印

医療機関情報

名称			
所在地	（〒　　ー　　）		
TEL		FAX	
メールアドレス			
標榜科			
所属地区医師会・歯科医師会　（　　）			

基本情報

医師名	性別	専門科目
ふりがな		
ふりがな		
ふりがな		

その他

マツダ病院ホームページへの掲載を	□　希望します	□　希望しません
マツダ病院にてリーフレット作成し 患者さんへ情報提供することを	□　希望します	□　希望しません

マツダ病院記入欄	認定年月日	平成　　年　　月　　日	認定番号	