

送付先

マツダ病院 地域連携センター 地域医療連携

FAX 082-565-5137

マツダ病院 連携医療機関認定申込書

申込日 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。

申請者名

医療機関情報

名称			
所在地	〒 -		
TEL		FAX	
メールアドレス			
院長名	ふりがな		
標榜科			
所属地区医師会 歯科医師会			

その他

マツダ病院ホームページへの掲載を	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
マツダ病院にて貴院様の情報(ホームページ等)を患者さんへ情報提供することを	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません