

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

印

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
マツダ病院にてリーフレットを作成し 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

※以下はリーフレット作成を希望される場合のみご回答ください

リーフレットへの写真掲載を	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません
→「希望します」とご回答の場合、どの写真の掲載を許諾いただけますか		
<input type="checkbox"/> 貴院ホームページ内 <input type="checkbox"/> 後日、メールへの添付 <input type="checkbox"/> その他 ()		

マツダ病院記入欄	認定年月日	年 月 日	認定番号	
----------	-------	-------	------	--