

岡山市立市民病院地域連携医療機関 登録内容変更及び辞退届

変更または辞退に✓してください

年 月 日

変更 辞退

現在の登録情報をご記入ください

登録医療機関名 (必須)	
院長氏名 (必須)	

変更点に✓

変更箇所のみご記入ください

<input type="checkbox"/>	名称	フリガナ								
		医療機関名								
<input type="checkbox"/>	院長	フリガナ								
		院長氏名								
<input type="checkbox"/>	住所	〒 ー								
<input type="checkbox"/>	TEL									
<input type="checkbox"/>	FAX									
<input type="checkbox"/>	標榜診療科名									
<input type="checkbox"/>	診療日・診療時間(診療日に○を記入してください)									
			月	火	水	木	金	土	日	祝
	午前	～								
	午後	～								
		変則的な曜日と時間 <small>例) 土曜日は16時まで</small>								
<input type="checkbox"/>	記入していただいた貴院の情報を当院のホームページに掲載してよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
<input type="checkbox"/>	当院の診療に関する冊子、広報誌や研修会の案内等を送付してよろしいでしょうか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									
<input type="checkbox"/>	特色・コメント									
辞退	辞退理由 (任意)									

以下、岡山市立市民病院記入欄

処理日	登録一覧表	地連システム	HP	掲示板	確認
年 月 日	/	/	/	/	/