

令和 年 月 日

【別紙】医療機関情報提供用紙

ご提供いただいた個人情報は、ご希望の「リーフレットの作成」もしくは「ホームページへの掲載」のためだけに使用いたします。

作成もしくは掲載用に、正式な情報の提供をお願いいたします。

住所	〒
医療機関名	
医療機関名 (英語表記)	
電話番号	
FAX番号	

診療科		科	※ 診察あり:○ 休診:×							
診療時間				月	火	水	木	金	土	日
	時	～	時							
	時	～	時							
	時	～	時							

診療科		科	※ 複数の診療科がある場合ご記入ください。							
診療時間				月	火	水	木	金	土	日
	時	～	時							
	時	～	時							
	時	～	時							

診療科		科	※ 複数の診療科がある場合ご記入ください。							
診療時間				月	火	水	木	金	土	日
	時	～	時							
	時	～	時							
	時	～	時							

・受付時間または診察時間をご記入ください。

--

【別紙】医療機関情報提供用紙

ご提供いただいた個人情報は、ご希望の「リーフレットの作成」もしくは「ホームページへの掲載」のためだけに使用いたします。

作成もしくは掲載用に、正式な情報の提供をお願いいたします。

- ・最寄りの交通機関からの所要時間やアクセス方法があればご記入ください。

- ・駐車場の情報があればご記入ください。

- ・その他掲載希望の事項があればご記入ください。