

岡崎市民病院登録施設申請書

岡崎市民病院登録施設制度要綱に基づく施設の登録を申請します。

医療機関名	フリガナ	
	名 称	
	所在地	〒 —
	院長名	
	診療科目	
	電話番号	— —
	FAX番号	— —
	ホームページURL	
	E-mail	
	病床の有無	<input type="checkbox"/> あり 床 <input type="checkbox"/> なし

病院事務処理欄

受付年月日	20 年 月 日
登録年月日	20 年 月 日
登録証発送日	20 年 月 日
Web予約手続き	<input type="checkbox"/> ID と パスワード 発送済み

連絡先：岡崎市民病院地域医療連携室

TEL：0564-66-7410

FAX：0564-25-6720