

岡崎市民病院 web 予約システム利用登録書

令和 年 月 日

(あて先) 岡崎市民病院院長

岡崎市民病院 web 予約システムを利用したいので、利用登録をお願いします。

名 称			
ふりがな			
代表者			
ふりがな			
郵便番号 *			
所在地			
電話番号 *		FAX 番号 *	

* 印の箇所は、ハイフン無しで入力（記入）してください。

* 岡崎市外の場合は、市外局番より入力（記入）してください。

処理欄	受付 /	入力 /	交付 /
※			