メディマップ掲載申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 連絡先 |  |

■　地域連携システム「メディマップ」への掲載について

　　　　　[ ] 　希望します　　　　[ ] 　希望しません

■　希望される医療機関様は、貴院の特徴、PRを下記枠内に100文字以内でご記入ください。



■　当院ホームページに貴院ホームページのリンクを希望されますか

　　　　　[ ] 　希望します　　　　[ ] 　希望しません

■　申し込み後、医療機関様のメディマップへの掲載に、２週間程度のお時間を頂戴いたしております。