

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。