

星ヶ丘医療センター

連携かかりつけ登録医医療機関申込書

年 月 日

医療機関名	(フリガナ)		
職名・代表者		氏 名	(フリガナ)
診 療 科			
所 在 地			
電 話 番 号			
F A X 番 号			
ホームページ URL			
E - MAIL			
当院ホームページ「連携登録医のご紹介」へ 掲載希望する（無料）	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		
連携登録医証用 額縁（無料）	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		