|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号※ |  |

（※横浜医療センター記入）

ＦＡＸ送付先（地域医療連携室）

045－853－8356

独立行政法人国立病院機構

横浜医療センター 　宛

登録医　申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 | 　　　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 医療機関名 |  |
| 診療科 |  |
| 院長名 |  | 科 |
| 医師名 |  | 科 |
|  | 科 |
|  | 科 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　 |
| ＦＡＸ番号 | 　　　　　　 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 　　　　　　　　　　　　診療情報等のメールマガジンを月2回程度お送りします。配信を希望しない場合は記入不要です。 |
| 診療時間 | 月曜日 | 火曜日 | 水曜日 | 木曜日 | 金曜日 | 土曜日 | 日曜日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（記載例）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 9:00～12:00 | ○ | ○ | ○ | － | ○ | ○ | － |

令和　　年　　月　　日　　記入者氏名

登録後、横浜医療センターホームページの登録医ご紹介ページに貴院を掲載させていただきます。

ページにはコメント（100文字以内）写真（2枚）を掲載することができます。

ご希望の場合は　219-yh-renkei@mail.hosp.go.jp　までデータをお送りください。