

京都府立医科大学附属病院 地域医療ネットワーク登録申請書

京都府立医科大学附属病院
病院長 様

年 月 日

私は、京都府立医科大学附属病院 地域医療ネットワークに登録いたします。

医療機関名	
医院長名（代表者）	
住 所	(〒 -)
電 話 番 号	
F A X 番 号	
電子メールアドレス	
診 療 科 目	
登録証(A4 サイズ)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要

- ※ ご登録いただいた情報（住所・電話番号・診療科）は当院ホームページに掲載させていただきます。
 - ※ メールアドレスは、当院からのご案内をお送りするために使用します。（外部に公開することはありません。）
 - ※ FAX でのご返信をお願い致します。
 - ※ 変更届時は用紙をご使用の上 FAX でのご返信をお願いします。
- 登録証発行専用 FAX (075) - 251 - 5188

〒602-8566

京都府京都市上京区梶井町

上京区河原町通広小路上る梶井町 465

京都府立医科大学附属病院

地域医療連携室

電話 075 - 251 - 5258

FAX 075 - 251 - 5188