



京都府立医科大学附属病院

WEB 予約システム利用医療機関登録申請書

令和 年 月 日

私は、京都府立医科大学附属病院の WEB 予約システムを利用するため、下記のとおり登録申請いたします。

医 療 機 関 名 称	
医療機関名称（カナ）	カタカナで記載をお願いいたします
住 所	（〒 ） 府・都・道・県
電 話 番 号	（ ） —
F A X 番 号	（ ） —
電子メールアドレス	
申 請 担 当 者 名 （窓口担当者名）	
備 考	

- ※ 連絡先の電話番号が複数ある場合は備考欄に記載をお願いいたします。
- ※ メールアドレスは、当院からの WEB 予約システム利用に係るご案内をお送りするために使用します。
- ※ 申請担当者名は、本申請に係る問い合わせ等をさせていただく場合の窓口担当者様について記載をお願いいたします。

京都府立医科大学附属病院
患者サポートセンター
E-mail yoyaku@koto.kpu-m.ac.jp
FAX 075-251-5188