

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	
FAX 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
額縁の有無 額縁は無料です。 ※額縁イメージ別紙	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※選択が無い場合は額縁なしとなります。

※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 0 7 5 - 2 5 1 - 5 2 4 1

（京都府立医科大学附属病院記入覧）

登録年月日	
登録医番号	

〒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 0 7 5 - 2 5 1 - 5 2 8 6

FAX 0 7 5 - 2 5 1 - 5 2 4 1