

地域連携医療協力機関制度登録用紙

病院用

医療機関名:		院長名:	
URL:	有・無 http:// <small>※当院のホームページにリンクを貼らせて頂きます</small>		
住所:	〒	電話番号:	
		FAX:	
最寄り駅:	線	駅	医療機関までの所要時間: (徒歩、車、バス) 分
標榜診療科:			

外来診療開始時間(時間を記入のうえ、診療曜日に○を付けてください。)

	月	火	水	木	金	土	日	祝
～								
～								

◎印の 曜日は : ~ :

※診療科等で、上記の診療日や時間が異なる場合、祝日の体制などは、下記にご記入ください。

病院の理念、基本方針:

病院の特徴など: ※150～ 400文字

※ 「地域連携医療協力機関制度登録用紙」共通(入院)にもご記入をお願いいたします。