

# 連携医療機関調査票

1. 病院名 :
2. 院長名 :
3. 住所 : 〒
4. 電話番号 : FAX :
5. ホームページアドレス : <http://www.>

6. 院長挨拶 : (250字以内でお願いします。)  
☆

7. 貴院の紹介 : (250字以内でお願いします。)  
☆

8. 診療科目・専門領域 :

9. 診療時間等

| 診療時間        | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日祝 |
|-------------|---|---|---|---|---|---|----|
| 午前( : ~ : ) |   |   |   |   |   |   |    |
| 午後( : ~ : ) |   |   |   |   |   |   |    |

10. アクセス・駐車台数など : (最寄の電停・バス停等の情報を記入してください。)

※ 院長先生・スタッフ・外観・医療機器・地図等の写真(データ)がある場合は、データもしくはメールで送付して下さい。(byousin@hiroshima-med.jrc.or.jp)

※ 調査票及びリーフレットをデータでご提供させていただくことも可能です。上記アドレスに空メールを送信してください。

※ データの内容につきましては、修正を加えさせていただくことがありますので、ご了承下さい。なお、修正につきましては、ご確認いただいたうえ掲載する方針です。

※ 参考までにサンプルをお付けいたしておりますので、ご参考ください。