

# 共同利用登録医療機関調査票

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。