令和　　年　　月　　日

連携協力医療機関　登録票

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 院長名 | ふりがな |
| 〒／住所 | 〒９２　－　石川県 |
| ＴＥＬ番号 | ０７　　　　（　　　　　　） |
| ＦＡＸ番号 | ０７　　　　（　　　　　　） |
| 休診日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日祝 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【受付時間に関する特記事項】 |

※診療可は〇、休診は×、変則的な場合は特記事項にご記載お願いします。 |
| 標榜診療科 |  |
| 自院の特色・専門分野等 |  |
| 自院ホームページ | 有：□　　無：□ |

【送信先】地域医療連携課

FAX:076-290-7240　/　メール：kn-zyoho@med.email.ne.jp