

名豊病院インターネット予約システム利用申込書

令和 年 月 日

名豊病院インターネット予約システムに登録ご希望の医療機関様は下記項目にご記入の上、FAXにてお申込み下さい。ID・パスワードを郵送にてお送りさせていただきます。

ふりがな			
医療機関名			
ふりがな			
代表者名			
郵便番号			
所在地			
電話番号		FAX 番号	

送付先（お問い合わせ先）

名豊病院 地域医療連携室 FAX : 0565-53-5360 (TEL : 0565-53-8700)

名豊病院記入欄

ID	
パスワード	