

登録を希望される医療機関は、この用紙に記載し、下記の連絡先へメールまたはFAXで送信ください。
 ※記載頂いた内容は、当センターホームページに掲載および院内に掲示し、患者・家族へ紹介します。

◆医療機関写真、周辺地図の掲載可能な方は別途メールでの送付をお願いします。

M A I L 送 付 先	F A X 送 付 先	記載日
chiiki@oici.jp	06-6945-1873	年 月 日

医療機関名	(ふりがな)							
院長名	(ふりがな)						<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	
所在地	〒					駐車場	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
						ホームページ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
電話番号			FAX番号					
メールアドレス								
ホームページアドレス								
診療科目	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 消化器内科 <input type="checkbox"/> 呼吸器内科 <input type="checkbox"/> 循環器内科 <input type="checkbox"/> 腎臓内科 <input type="checkbox"/> 内分泌内科 <input type="checkbox"/> 神経内科 <input type="checkbox"/> 緩和ケア内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 消化器外科 <input type="checkbox"/> 呼吸器外科 <input type="checkbox"/> 乳腺外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 心血管外科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 放射線科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> リハビリ科 <input type="checkbox"/> 麻酔科 <input type="checkbox"/> その他 ()							
診療時間		月	火	水	木	金	土	日
	午前診	～						
	午後診	～						
時間備考								
病院入院機能	<input type="checkbox"/> 一般急性期病床		<input type="checkbox"/> 療養型病床		<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病床			
	<input type="checkbox"/> 回復期リハビリテーション病床		<input type="checkbox"/> 緩和ケア病床		<input type="checkbox"/> 障害者病床			
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
交通情報	最寄駅: 線 駅 徒歩 分							
自施設紹介文 (100字まで)								
連携登録証の掲載内容	<input type="checkbox"/> 医療機関名のみ		<input type="checkbox"/> 医療機関名と院長名					
紹介カードの作成・配布・院内掲示	<input type="checkbox"/> 可		<input type="checkbox"/> 否					
ホームページ上に掲載	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	医療機関写真掲載			<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	
ホームページへのリンク貼り付け	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	院長顔写真掲載			<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 否	

「大阪府統一がん地域医療連携パス」の登録医について

登録の有無	<input type="checkbox"/> 登録済み	<input type="checkbox"/> 登録希望	<input type="checkbox"/> 登録希望なし
-------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------