

大阪臨床整形外科医会

ホームページ運用管理者 様

(FAX : 0721-55-2871) 委託業者先

(Mail : info@ocoa.jp)

所属地区 :

氏 名 :

医療機関検索ページへ本院情報の（掲載・修正）を下記の通り依頼します。

医療機関名									
管理者									
所在地	〒								
	住所								
	TEL								
	FAX								
アクセス（バス停から徒歩何分等）									
ホームページアドレス									
診療時間		月	火	水	木	金	土	日	祝
午前	～								
午後	～								
○診察あり、 ✕診察なし、 △時間変更あり									
備考									

- * 本依頼は、mail またはFAXにて送付してください。
- * 医療機関の名称は、可能な限り医療法届出の正式名称を記入して下さい。
- * 診療時間欄に△を付した場合、備考欄の記入をお願いします。
- * 既に掲載されている情報についての修正は、修正項目のみ記入して下さい。