

大阪臨床整形外科医会

ホームページ運用管理者 様

(FAX : 06-1111-2222)

(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。