

砂川市立病院「かかりつけ医」申込書

病 院 名 診 療 所 名		ふりがな 院長名	
住 所	〒 -		
電 話 番 号	() -		
FAX 番 号	() -		
Mail			
診 療 科 目			
診 療 時 間			
院長の御略歴 専門・資格など			
PRしたいこと			
そ の 他			

※可能であれば先生、病院・診療所の御写真を載せたいと思います。
JPEGなどのファイルでいただければ幸いです、写真でもかまいませんのでよろしくお願い致します。