

岩手中部心不全ネットワーク連携医療機関登録用紙

| 項 目 | 記入例 |
|--|---|
| 施設名 | |
| 氏名 | |
| 電話番号 | |
| F A X 番号 | |
| 休診日 | |
| 住所 | |
| 連携医療機関の登録に合意いただけますか？ 「はい」または「いいえ」のどちらかにチェック（レ点）をお願いします。 | <input type="checkbox"/> はい ※医療機関情報を岩手県立中部病院ホームページへ情報を掲示させていただきます。 <input type="checkbox"/> いいえ |
| 備考 | |