（別紙２）

紹介パンフレット掲載内容

医療機関名：

診療科：

住　所：

TEL番号：

登録医氏名：

コメント（150字程度でお願いいたします）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 祝 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

休診日：

ｵｰｼｰｴｲﾁ

データの送付先：och2510@och.or.jp