

(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： _____

データの送付先：オーシーエイ och2510@och.or.jp