

名称揭示同意書

市立大津市民病院に「かかりつけ医」として

①当院の名称を院内掲示することに 同意する・同意しない

②ホームページ掲載に 同意する・同意しない

③診療所・医院の紹介パンフレットの設置に 同意する・同意しない

令和 年 月 日

医療機関名： _____

住 所： _____

代 表 者： _____

自院駐車場（ 有 ・ 無 ） 提携駐車場（ 有 ・ 無 ）

車椅子受診の可否（ 可 ・ 否 ）

※ホームページ掲載・パンフレットの設置を希望される場合は、「別紙2」の提出も
お願い致します。

(裏面)

医療機関名 : _____

診療科 : _____

住 所 : _____

TEL 番号 : _____

登録医氏名 : _____

自院紹介 : _____

(150 字以内)

診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祝

休診日 : _____

備 考 : _____

(150 字以内)

データでご提出いただく場合の送付先 : ^{オーシーエイ} och2510@och.or.jp