**名称掲示同意書**

（別紙）

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。

医療機関名：

（裏面）

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)

ｵｰｼｰｴｲﾁ

データでご提出いただく場合の送付先：och2510@och.or.jp