

【FAX送信先】 052-991-3544 (予約センター)



社会医療法人愛生会

総合上飯田第一病院

令和

年

月

日

総合上飯田第一病院のWeb予約システムを利用するため、下記のとおり登録申請をいたします。

Web予約システム利用医療機関登録申請書

医療機関名称	
医療機関名称(カナ)	
住所	(〒)
電話番号	() —
FAX番号	() —
電子メールアドレス	
申請担当者名 (窓口担当者名)	
備考	

※メールアドレスは、当院からWeb予約システム利用に係るご案内をお送りするために使用します。

※申請担当者は本申請に係る問合せ等をさせていただく場合の窓口担当者様について記載をお願いいたします。