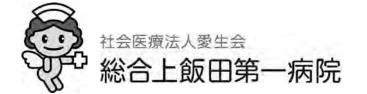
## 【FAX送信先】052-991-3544 (予約センター)



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。