

兵庫県立加古川医療センター

地域医療連携施設登録申込書

兵庫県立加古川医療センター地域医療連携機関に登録ご希望の医療機関様は下記項目にご記入の上、FAX(079-438-3756)にてお申し込みください。

インターネット予約アクセス用のID・パスワードを郵送にてお送りさせていただきます。

FAX 番号 079-438-3756

*印の必須項目は必ずご記入をお願いします。

医療機関名*	
医療機関名(カナ)*	
代表者名*	
都道府県*	
郵便番号*	□□□-□□□□
住所*	
電話番号*	
FAX 番号*	
診療科目	

【お問い合わせ】

兵庫県立加古川医療センター

〒番号675-8555 兵庫県加古川市神野町神野203

地域医療連携部 予約担当直通電話 079-497-7011

[受付時間:午前9時~午後5時]月~金曜日(祝日及び病院休診日を除く)