

FAX

0745-31-1354

登録医制度の申込につきましては、お手数をおかけいたしますが、登録医申請書に必要事項をご記入の上、FAXしてください。

◇ 奈良県西和医療センター登録医申請書 ◇

■医療機関情報

申込日	年 月 日		
フリガナ			
施設名			
住所	〒		
フリガナ			
氏名			
TEL		FAX	
メールアドレス(任意)			
HPの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	広報の希望	ホームページ・かかりつけ医コーナーへの広報など希望されますか？
			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

フリガナ	
連絡担当窓口	

■診療科目 (該当するものに☑)

- 内科 外科 小児科 整形外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 耳鼻咽喉科 眼科  
精神科 心療内科 リハビリテーション科 放射線科 麻酔科  
その他 ( )

- 歯科 歯科口腔外科 小児歯科 矯正歯科

■診療時間

診療時間	月	火	水	木	金	土	日
時 ~ 時							
時 ~ 時							
時 ~ 時							

【お問合せ】

〒636-0802

奈良県生駒郡三郷町三室1丁目14-16 奈良県西和医療センター 患者支援センター

TEL 0745-32-0505 (内線2178) / FAX 0745-31-1354 / メールアドレス seiwa-chiren@nara-pho.jp