徳山中央病院　地域連携室　行

FAX送信先：0834-28-4510

医療機関名：

**地域医療連携協力医として登録し、「メディマップ」への掲載を承諾します。**

＜メディマップへの掲載にご承諾いただける医療機関様へ＞

①貴院独自の特徴や患者さんへメッセージの掲載を希望される場合、下記枠内に100文字以内でご記入ください。（別紙に入力されたものをご送信いただいてもかまいません。）

（100文字以内でご記入ください）

②掲載を希望する写真（画像データ）がある場合は、メールにてご送付ください。

【メールアドレス】chiren@tokuyama.jcho.go.jp 〈地域連携室〉

□画像をメールにて送付する　　　□送付しない

※メールを送付する際は、件名に『徳山中央病院　連携医』とご記載ください。