



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](mailto: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。