

新規病院登録申込用紙

このたびは医療法人渡辺医学会 桜橋渡辺病院のMDCT冠動脈検査予約受付システムのご利用をご検討いただきありがとうございます。

このシステムは、事前登録が必要です。登録料および予約申し込み料については必要ありません。

申し込みされる場合は下記の項目にご記入いただき、FAXにて送付いただきますようお願いいたします。

新規病院登録が完了しましたら、休日と祝日を除き48時間以内に貴院のFAX番号宛に「病院コード」および「パスワード」をお送りいたします。なお、確認のため電話連絡をさせていただく場合がございます。48時間をこえても当院より返信がない場合は、何らかの事情でFAXが届いていない可能性がありますので、お手数ですが下記電話番号にお問い合わせください。

なお、ご不明な点がございましたら、「桜橋渡辺病院 地域連携・入退院支援室」までご連絡ください。

電話番号： 06-6341-6801

FAX番号： 06-6341-6803

受付時間： 祝日を除く平日 午前9：00～午後5：00

土曜日 午前9：00～午後1：00

桜橋渡辺病院のMDCT冠動脈検査予約受付システムの利用を希望するため、下記のとおり申し込みいたします。

病院名： _____

郵便番号： 〒 _____

住所： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

申込担当者： 部署 _____ 氏名 _____