



送信方向

オンラインモダリティ予約申込書

医療法人知音会 情報システム課 行
(FAX 075-823-3200)

申 込 日	年	月	日
フリガナ			
医療機関名			
フリガナ			
住所	〒 _____		
TEL	—	—	
FAX	—	—	
依頼先施設	御池クリニック・中之島クリニック・烏丸クリニック・全施設		
初期表示 診療科(必須)	※ここに記入された診療科がログイン時に初期表示されます		
フリガナ			
初期表示 医師名(必須)	※ここに記入された医師名がログイン時に初期表示されます		
担当者 (連絡先)	フリガナ		
	氏名		
	所属		
	TEL	—	—
	FAX	—	—
E-mail :			
備考			

※ 太枠内は必ずご記入下さい。

※ ID の発行は、病院、診療科、医師いずれの単位でもお申し込みいただけます。予約情報を管理されたい単位でお申し込みください。後日、ご担当者にメールで ID とパスワードをお送りいたします。

尚、ご不明な点は医療法人知音会 情報システム課

(E-mail : med-info@shin-yu-kai.jp)までお問い合わせください。