

送信先 FAX : 095-827-7118

ドクター長崎新規掲載申込書 (有料詳細ページプラン)

※ご依頼内容、必要事項をご入力の上 FAX にて送信ください。
 ※入力に誤りがある場合は、ご連絡ができない場合がございます。
 ※FAX 送信後、運営局よりご連絡さしあげます。

申込日 西暦 年 月 日

貴院名 (ふりがな) _____
 名称 _____

所在地 郵便番号 [][] - [][][][]
 住所 長崎県
 記入例：長崎県長崎市長崎町1番2号
 建物・階 _____
 記入例：長崎ビル 5階

連絡先 電話番号 [][][] - [][][] - [][][] FAX 番号 [][][] - [][][] - [][][]
 (フリガナ) _____
 Eメール _____
 アドレス _____ ※公開されません
 数字の「0 (ゼロ) 1 (イチ)」と英語の「O (オー) l (エル)」等、数字・英語の区別がわかるようにフリガナを記入してください。

ご担当者氏名 _____ ※公開されません

ホームページ パソコン版 _____
 アドレス モバイル版 _____

診療科目 該当する診療科目に○をつけてください。

内科系	内科 / 神経内科 / 呼吸器科 / 呼吸器内科 / 消化器科 / 消化器内科 / 胃腸科 / 胃腸内科 / 循環器科 / 循環器内科 / アレルギー科 / 放射線科 / 肝臓内科 / 糖尿病・代謝内科 / 内分泌内科 / 感染症内科 / 心臓内科 / 気管食道科 / 人工透析内科 / 内分泌代謝科 / 内視鏡内科 / 放射線治療科 / 透析内科 / 腎臓内科 / 糖尿病内科 /
小児科系	小児科 / 小児外科 /
産婦人科系	産婦人科 / 産科 / 婦人科 / 乳腺外科 / 不妊治療 /
皮膚科系	皮膚泌尿器科 / 皮膚科 / 美容皮膚科 /
外科系	外科 / リウマチ科 / 脳神経外科 / 呼吸器外科 / 心臓血管外科 / 麻酔科 / 内分泌外科 / 内視鏡外科 / 胸部外科 / 消化器外科 / 大腸・肛門外科 / 血管外科 /
眼科系	眼科
耳鼻咽喉科系	耳鼻咽喉科 / 気管食道科 / 頭頸部外科 /
泌尿器・肛門科系	泌尿器科 / 性病科 / 肛門科 / 肛門外科 / 肛門内科 /
精神科系	心療内科 / 精神科 / 神経科 / 神経精神科 / 児童精神科 /
歯科系	歯科 / 矯正歯科 / 小児歯科 / 歯科口腔外科 /
整形・形成外科系	整形外科 / 形成外科 / 美容外科 /
リハビリテーション系	脳血管疾患等リハビリテーション / 心大血管疾患リハビリテーション / 運動器リハビリテーション / 呼吸器リハビリテーション /
その他	病理診断科 / 臨床検査科 / 救急科 / ペインクリニック内科 / ペインクリニック外科 /
上記以外の診療科目	_____

休日診療 該当するものにチェック 土曜午前 土曜 日曜 祝日 なし

施設特徴 該当する施設特徴に○をつけてください。
 外国語対応・車椅子対応・聴覚障害者対応・視覚障害者対応・受動喫煙対策・駐車場完備