

兵庫県立加古川医療センター

地域医療連携施設登録申込書

兵庫県立加古川医療センター 地域医療連携機関に登録ご希望の医療機関様は下記項目にご記入の上、FAX（079-438-3756）にてお申込み下さい。

インターネット予約アクセス用の ID・パスワードを郵送にてお送りさせていただきます。

FAX 番号 **079-438-3756**

*印は必須です。

医療機関名 *	
医療機関名 (カナ) *	
代表者氏名 *	
都道府県 *	
郵便番号 *	□ □ □ — □ □ □ □
住所 *	
電話番号 *	
FAX 番号	
区分	
診療科目	

【お問い合わせ】

兵庫県立加古川医療センター（旧兵庫県立加古川病院）

〒675-8555 兵庫県加古川市神野町神野 203

地域医療連携部 予約担当直通電話 079-497-7011

[受付時間：午前 9 時～午後 5 時] 月～金（祝日及び病院休診日を除く）