

【FAX送信先】 0258-28-9060（直通） ※送信票不要

長岡赤十字病院 病診連携室 行き

申請日：令和 年 月 日

オンライン予約システム利用医療機関登録申請書

○長岡赤十字病院のオンライン予約システムを利用するため、下記のとおり登録申請をいたします。

※医療機関名称（カナ）	
※医療機関名称	
※医療機関番号 （厚生局に届出されているもの）	※県番号15に続けて、7桁の医療機関番号をご記入ください。 15
※郵便番号	〒
※住 所	
※電話番号	() —
FAX番号	() —
電子メールアドレス	
申請担当者名 （窓口担当者名）	
備考 なにかあればご記入ください	

※は登録必須項目です。必ずご記入ください。

- ・メールアドレスは患者さんの予約取得の案内や、システム利用に関する案内を送付するのに使用します。
- ・申請担当者名欄には、本申請に係る問い合わせ対応をされるご担当者名をご記入ください。

ご不明な点等ございましたら下記までお問い合わせください。

長岡赤十字病院 病診連携室（Tel 0258-28-3600（代表））

※長岡赤十字病院記入欄※ 登録日：令和 年 月 日 登録者：