



基本情報

病院のID:

必須		(公開用)
フリガナ 病院の名称		
設立日	西暦	年 月
〒 住所		
TEL.	FAX.	
交通		
診療時間	午前	(詳細)
	午後	(詳細)
診療時間 備考		
■ 休診日 *あてはまるものすべてに☑をおつけください。		
<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日 <input type="checkbox"/> 日曜日 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 不定休 <input type="checkbox"/> 無休		
■ 休診日詳細		
■ 駐車場	■ 病床数	
無・有 ()台	床	
■ 公開用メールアドレス		
■ ホームページアドレス		

▶裏面にも続きます。

必須 ご連絡先		(枳ナビ!との連絡用(非掲載)になります)
(フリガナ) 法人名	(フリガナ) 代表者名	様
(フリガナ) 住所 〒□□□-□□□□	(フリガナ) 院長名	様
	TEL.	FAX.
(フリガナ) ご担当者名	(フリガナ) 役職名	様
		メール
<input type="checkbox"/> 上記内容を確認し、掲載を申し込みます。		
<input type="checkbox"/> 上記内容を確認し、掲載内容の変更を依頼します。		
西暦	年	月 日
枳ナビ!宛にFAX(028-656-5888)または、郵送でもお受けいたします。		

※医療法における病院等の広告規制について、法令に定める広告と認められた場合には、厚生労働省所定のガイドラインに従って、掲載内容の削除をお願いすることがあります。

