

市川市医療機関情報（新規）掲載申請書

歯科

市川市ホームページ「医療機関情報」への掲載を申請いたします。

申請年月日	令和			年			月			日									
申請担当者	フリガナ																		
	所属																		
	フリガナ																		
	氏名																		
	電話番号																		

▼掲載する医療機関情報

フリガナ											フリガナ										
病院名											院長名										
住所	市川市																				
電話番号																					
FAX番号																					
診療科目	※診療科目にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）を入れて下さい。																				
	<input type="checkbox"/> 一般歯科						<input type="checkbox"/> 小児歯科						<input type="checkbox"/> 矯正歯科								
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科						<input type="checkbox"/> 訪問診療（往診）						<input type="checkbox"/> 障がい者等の診療								
診療日時	※休診日欄より、休診日に該当する曜日にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）を入れて下さい。																				
	※休診日でない場合は、診療時間を24時間表示で記入して下さい。																				
		休診日	診療時間1								診療時間2										
	月	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:													
	火	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:													
	水	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:													
	木	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:													
	金	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:													
	土	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:													
日	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:														
祝	<input type="checkbox"/>	:	~	:	:	~	:														
備考																					
ホームページアドレス	なし or あり →(URL)																				

▼未記入の場合は、申請日から3日程度(土日祝日を除く)を目安に掲載を開始します。
開業などの事情により掲載日を指定する場合は、希望日を記入して下さい。

* 掲載希望日	令和			年			月			日
---------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

市川市医療機関情報 (新規) 掲載申請書

歯科
記入例

市川市ホームページ「医療機関情報」への掲載を申請いたします。

申請年月日	令和	1	年	5	月	1	日					
申請担当者	フリガナ	〇〇シカイイン 〇〇カ										
	所属	〇〇歯科医院 〇〇課										
	フリガナ	イチカワ ハナコ										
	氏名	市川 花子										
	電話番号	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇

▼掲載する医療機関情報

フリガナ	〇〇シカイイン	フリガナ	イチカワ タロウ									
病院名	〇〇歯科医院	院長名	市川 太郎									
住所	市川市 〇〇〇 □-□-□											
電話番号	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇
FAX番号	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇
診療科目	※診療科目にチェック (<input checked="" type="checkbox"/>) を入れて下さい。											
	<input checked="" type="checkbox"/> 一般歯科	<input type="checkbox"/> 小児歯科				<input checked="" type="checkbox"/> 矯正歯科						
	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 (往診)				<input type="checkbox"/> 障がい者等の診療						
診療日時	※休診日欄より、休診日に該当する曜日にチェック (<input checked="" type="checkbox"/>) を入れて下さい。											
	※休診日でない場合は、診療時間を24時間表示で記入して下さい。											
		休診日	診療時間 1						診療時間 2			
	月	<input type="checkbox"/>	9 : 00 ~ 12 : 00						: ~			
	火	<input type="checkbox"/>	14 : 00 ~ 17 : 00						: ~ :			
	水	<input type="checkbox"/>	9 : 00 ~ 12 : 00						14 : 00 ~ 17 : 00			
	木	<input checked="" type="checkbox"/>	注意 ①診療時間について補足事項がある場合は、備考欄にご記入下さい。 例) 受付時間・月1の休診日など。 ②記入いただいた診療時間は、市のルールに則り 「午前」・「午後」表記に変えてホームページに掲載します。									
	金	<input checked="" type="checkbox"/>										
土	<input checked="" type="checkbox"/>											
日	<input checked="" type="checkbox"/>											
祝	<input checked="" type="checkbox"/>	木・金・土 日・祝日が お休みの場合。										
祝	<input checked="" type="checkbox"/>											
備考	・診療の受付時間は、診療終了時刻の30分前までです。 ・第3火曜日は休診。 ・第3日曜は診療しています。診療時間は、9~12時です。受付時間は11時30分までです。											
ホームページアドレス	なし or あり →(URL) http://www.〇〇〇.〇〇〇.□□											

▼未記入の場合は、申請日から3日程度(土日祝日を除く)を目安に掲載を開始します。開業などの事情により掲載日を指定する場合は、希望日を記入して下さい。

* 掲載希望日	令和	1	年	5	月	1	4	日
---------	----	---	---	---	---	---	---	---