

市川市医療機関情報 (新規) 掲載申請書



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										
	TEL										

▼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														
診療可能な動物 ※該当項目にマルを付ける	犬 ・ 猫 ・ 小鳥 ・ 小動物 ・ 他 ()													
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 type="checkbox"/>) を付けて下さい。 ※休診日ではない場合は、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														
夜間対応	あり or なし	[備考]												
往診	あり or なし	[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

動物病院
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	〇〇ドウブツピョウイン										
	所属	〇〇動物病院										
	フリガナ	イチカワ ハナコ										
	氏名	市川 花子										
	TEL	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇

▼掲載する医療機関情報

フリガナ	〇〇ドウブツピョウイン	フリガナ	イチカワ タロウ	
病院名	〇〇動物病院	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			
診療可能な動物 <small>※該当項目にマルを付ける</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 犬 · <input checked="" type="checkbox"/> 猫 · 小鳥 · 小動物 · <input checked="" type="checkbox"/> 他 <div style="float: right; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> 豚・ヤギなどの大型動物。 詳しくは、診療前にお問合せください。 </div>			
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"/>) を付けて下さい。 ※休診日ではない場合は、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"/>	: ~ :	: ~ :
	金	<input checked="" type="checkbox"/>	※診療日時について補足事項がある場合は、備考欄へご記入下さい。 (例) 診療受付時間など	
	土	<input checked="" type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :
日	<input checked="" type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :	
祝	<input checked="" type="checkbox"/>	: ~ :	: ~ :	
備考	毎月第2水曜日休診			
夜間対応	<input checked="" type="checkbox"/> あり or なし [備考] 当院の患者様の急患のみ対応。20時~23時迄対応。			
往診	<input checked="" type="checkbox"/> あり or なし [備考] 14時~17時まで対応。要電話予約。			
ホームページアドレス	なし or <input checked="" type="checkbox"/> あり → (URL) http://www.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
--------	----	---	---	---	---	---	---	---