

市川市医療機関情報（新規）掲載申請書

歯科

※申請いただいた情報は、掲載までに2週間程度お時間をいただく場合がございます。

市川市保健医療課へ、メールまたはFAXにて申請してください。

<送付先> メール：hoken-iryokikan@city.ichikawa.lg.jp FAX：047-712-8740

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	西暦					年			月			日
申請担当者 所属・氏名											電話番号	
											FAX	

▼掲載を希望する医療機関情報の内容

フリガナ							フリガナ											
医療機関名							院長名											
住所	市川市																	
電話番号							駐車場	あり or なし () 台										
FAX																		
診療科目	※該当するものにマルを付けて下さい。																	
	一般歯科						小児歯科						矯正歯科					
	訪問診療（往診）						障がい者等の診療						歯科口腔外科					
	■その他の診療科目																	
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（☑）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"/>	:	~	:	:	~	:											

医療機関名			
各種 検診	※該当するものにマルを付けて下さい。		
	歯周疾患検診		口腔がん検診
	二十歳の歯科健康診査		妊婦歯科健康診査
障 が い 者 へ の 配 慮	※該当するものにマルを付けて下さい。		
	バリアフリー化の実施		音声による情報の伝達
	施設内の情報表示		施設内の点字ブロックの表示
	手話による対応		点字による表示
備 考			
ホームページ アドレス	あり or なし (URL)		
○右記の媒体への掲載を希望します。 ・いちかわ便利帳などの紙媒体 (希望します・希望しません)			

市川市医療機関情報（新規）掲載申請書

歯科
記入例

※申請いただいた情報は、掲載までに2週間程度お時間をいただく場合がございます。

市川市保健医療課へ、メールまたはFAXにて申請してください。

<送付先> メール：hoken-iryokikan@city.ichikawa.lg.jp FAX：047-712-8740

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	西暦	2	0	2	2	年	4	月	1	日	
申請担当者 所属・氏名	〇〇歯科医院 市川 花子							電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
								FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

▼掲載を希望する医療機関情報の内容

フリガナ	〇〇シカイイン	フリガナ	イチカワ タロウ
医療機関名	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	駐車場	あり or なし (5) 台
FAX			

診療科目	※該当するものにマルを付けて下さい。					
	一般歯科	<input type="radio"/>	小児歯科	<input type="checkbox"/>	矯正歯科	<input type="checkbox"/>
	訪問診療（往診）	<input type="radio"/>	障がい者等の診療	<input type="radio"/>	歯科口腔外科	<input type="radio"/>
	■その他の診療科目					
その他の診療科目は、医療機関情報の「備考欄」に掲載されます。						

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（☑）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"/>	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。

医療機関名	〇〇歯科医院													
各種 検診	※該当するものにマルを付けて下さい。													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">歯周疾患検診</td> <td style="width: 5%; text-align: center; padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">二十歳の歯科健康診査</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	歯周疾患検診	<input checked="" type="radio"/>	二十歳の歯科健康診査	<input type="radio"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">口腔がん検診</td> <td style="width: 5%; text-align: center; padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">妊婦歯科健康診査</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	口腔がん検診	<input checked="" type="radio"/>	妊婦歯科健康診査	<input type="radio"/>				
歯周疾患検診	<input checked="" type="radio"/>													
二十歳の歯科健康診査	<input type="radio"/>													
口腔がん検診	<input checked="" type="radio"/>													
妊婦歯科健康診査	<input type="radio"/>													
障がい者への 配慮	※該当するものにマルを付けて下さい。													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">バリアフリー化の実施</td> <td style="width: 5%; text-align: center; padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">施設内の情報表示</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">手話による対応</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	バリアフリー化の実施	<input checked="" type="radio"/>	施設内の情報表示	<input checked="" type="radio"/>	手話による対応	<input type="radio"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">音声による情報の伝達</td> <td style="width: 5%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">施設内の点字ブロックの表示</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">点字による表示</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	音声による情報の伝達	<input type="radio"/>	施設内の点字ブロックの表示	<input checked="" type="radio"/>	点字による表示	<input type="radio"/>
バリアフリー化の実施	<input checked="" type="radio"/>													
施設内の情報表示	<input checked="" type="radio"/>													
手話による対応	<input type="radio"/>													
音声による情報の伝達	<input type="radio"/>													
施設内の点字ブロックの表示	<input checked="" type="radio"/>													
点字による表示	<input type="radio"/>													
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<input checked="" type="radio"/> あり or なし (URL) http://www.〇〇〇.〇〇〇.〇〇〇													
○右記の媒体への掲載を希望します。 ・ いちかわ便利帳などの紙媒体 (希望します・ 希望しません)														