

市川市医療機関情報（変更）申請書

共通

※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」の掲載内容について変更を依頼いたします。
変更内容は、添付した書類をご確認ください。

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

▼現在掲載されているホームページを印刷し、
「修正・追加・削除」等の指示を加えたものを、本申請書に添えて送付して下さい。

| | |
|-------|----------|
| フリガナ | |
| 医療機関名 | |
| 添付 | 申請書以外に 枚 |

備考欄

市川市医療機関情報（変更）申請書

共通
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」の掲載内容について変更を依頼いたします。

変更内容は、添付した書類をご確認ください。

| | | | | | | | | | | |
|-------|------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請年月日 | 西暦 | 2 | 0 | 2 | 2 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 |
| 申請担当者 | フリガナ | 〇〇ピョウイン 〇〇カ | | | | | | | | |
| | 所属 | 〇〇病院 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 - 〇〇〇〇 | | | | | | | | |

▼現在掲載されているホームページを印刷し、

「修正・追加・削除」等の指示を加えたものを、本申請書に添えて送付して下さい。

| | |
|-------|------------|
| フリガナ | 〇〇ピョウイン |
| 医療機関名 | 〇〇病院 |
| 添付 | 申請書以外に 2 枚 |

備考欄

- ・変更内容についての補足説明、注意事項などは、こちらの備考欄をご活用ください。

※医療機関より申請を委託された企業様へ

- (1)申請担当者欄には、
申請を委託された企業のご担当者様の情報をご記入ください。
- (2)備考欄には、
医療機関のご担当者様の氏名と電話番号をご記入ください。