山梨大学医学部附属病院　医療連携登録医申込書

フリガナ			
病院名			
フリガナ			
院長			
住所	〒		
TEL		FAX	
標榜科			
当院の院内掲示	□希望する	□希望しない	
当院ホームページへの掲載	□希望する	□希望しない	

掲載にあたりましては、貴院のホームページがあればリンクを貼り誘導致します。また画像につきましては貴院ホームページまたは医師会ホームページの掲載画像を使用させていただきます。なお特にご要望がなければ貴院の外観の掲載となりますが、その他に院長先生やスタッフ様の画像も掲載することもできますので、ご希望の画像がありましたら下記メールアドレスまでご送付ください。更に貴院の特徴やPRなども記載することができますので、ご希望がございましたら100字以内で下記にご記入ください。

ご　返　信　FAX　番　号　：055-273-2362

画像送付先メールアドレス　:ymns-renkei@yamanashi.ac.jp