**【様式1】**

**■掲載を希望される内容があれば、以下にご記入ください。**

**◎掲載を希望する写真・画像がある場合は、メールにてご送付ください。**

**(※メールアドレス　jimu-renkei@toyohashi-mh.jp)**

**□希望する画像を送付　　　□ホームページ画像の利用を許諾**

**□画像の掲載は希望しない**

**◎紹介・PR文の記載について**

**□希望する　　　　　　□希望しません**

**当院の特徴、PR等**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（100文字以内でご記入ください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご協力ありがとうございました

豊橋市民病院　患者総合支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地域連携担当　内線1491

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **施設名** |  | **連絡先** |  |

※登録医申請書のホームページ等への記載を希望するにチェックされた場合には画像・写真・PR文の個別希望がない場合も「メディマップ」への掲載は行いますのでご了承ください。