

## 岩手中部心不全ネットワーク連携医療機関（循環器内科）登録用紙

項 目	記入例
施設名	
氏名	
電話番号	
F A X 番号	
休診日	
住所	
連携医療機関（循環器内科を標榜している医療機関）の登録に合意いただけますか？  「はい」または「いいえ」のどちらかにチェック（レ点）をお願いします。	<input type="checkbox"/> はい  ※医療機関情報を岩手県立中部病院ホームページへ情報を掲示させていただきます。  <input type="checkbox"/> いいえ
備考	