**（様式１）**

**稲城市立病院　地域支援室　行**

**FAX返信先：042-377-1406**

**医療機関名：**

＜メディマップへの掲載に承諾いただける医療機関様へ＞

①貴院独自の特徴や患者さんあてメッセージの掲載を希望される場合、以下に100文字以内でご記入ください。

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

（100文字以内でご記入ください）

②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】ijichiiki-shiencenter@hospital.inagi.tokyo.jp**＜稲城市立病院　地域支援室＞**

□画像をメールにて送付する　　　□　送付しない

※メールを送付する際は、件名に『●●病院　連携医療機関　写真』とご記載ください