

愛知医科大学メディカルクリニック

検査予約システム登録申込書

愛知医科大学メディカルクリニック 検査予約システムに登録ご希望の医療機関様は下記項目にご記入の上、FAX（052-931-4841）にてお申込み下さい。

インターネット予約アクセス用のID・パスワードを郵送にてお送りさせていただきます。

FAX 番号 **052-931-4841**

*印は必須です。

医療機関名 *	
医療機関名 (カナ) *	
代表者氏名 *	
都道府県 *	
郵便番号 *	□□□ - □□□□
住所 *	
電話番号 *	
FAX 番号	
区分	
診療科目	

【お問い合わせ】

愛知医科大学メディカルクリニック

〒461-0005 愛知県名古屋市東区東桜二丁目 12-1

電話 :052-931-2261 FAX:052-931-4841