

## 地域獣医療連携室登録病院申請書

平成 年 月 日

加古川動物病院施設長 様

加古川動物病院 地域獣医療連携室 登録獣医療機関への登録を申請します。同時に貴施設から発行されるユーザーIDとパスワードは当該施設内で利用し、不特定に公開することのないことを誓約いたします。

登録する獣医療機関	動物病院名	
	所在地	〒      ー
	代表者氏名	ふりがな  <span style="float: right;">㊟</span>
	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	
	地区名	東播    姫路    西播    神戸    その他_____
	休診日	

共同利用する獣医師の氏名他	1	ふりがな	男	明・大・昭・平	E-mail
			女	年 月 日生	
	2	ふりがな	男	明・大・昭・平	E-mail
			女	年 月 日生	
	3	ふりがな	男	明・大・昭・平	E-mail
			女	年 月 日生	

- ※ この申請書をFAXで返信いただき、HP「獣医療関係者様へ」ページのユーザーIDとPWを発行します。HP内、「運営規定」をご確認下さい。
- ※ ユーザーIDとPWの流出が想定された場合、御断りなく変更する場合があります。予めご了承ください。
- ※ 上記の場合を含めた詳細のお問い合わせは地域獣医療連携室にお問い合わせください。