

インターネット予約システム利用 申込書

- 登録手続き完了のご案内はお電話にてお知らせ致します。
- 営業時間内に FAX いただければ、即日対応いたします。  
平日 8:45 - 19:00、土曜日 8:45 - 12:30

●病院/クリニック名

●代表の先生のお名前

●ご住所

●電話番号

●FAX 番号

●メールアドレス

●任意の ID とパスワード

ID :

パスワード :

※ID とパスワードの注意点

- ・ 5 ケタ以上 16 ケタ未満
- ・ ID とパスワードは同一でも可
- ・ 数字や英字を混ぜる等の規定なし (すべて小文字・すべて大文字・すべて数字等、可)

<問い合わせ先>

藤田医科大学ばんだね病院 地域医療連携センター

〒454-8509 名古屋市中川区尾頭橋 3-6-10

TEL : (052) 323-5918・5927

FAX : (052) 323-5726