# ホームページ掲載情報依頼書

記入日：　平成　　年　　月　　日

私は、下記の情報を MLAJ ホームページ（http://www.mlaj.jp/）への掲載を希望いたします。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　会員№＿＿＿＿＿＿＿

リンパ浮腫治療施設　※は掲載必須項目

| | |
|---|---|
| 治療施設名称 ※ | |
| 施設形態 ※ | 病院・診療所・治療院・その他（　　） |
| 所在地 ※ | 都道府県 |
| 電話番号 ※ | |
| ファックス | |
| 受付時間･曜日※ | |
| 休診日 ※ | |
| アクセス ※ | |
| 外来診療 ※ | ○・×　　摘要（　　） |
| 出張診療 ※ | ○・×　　摘要（　　） |
| 予約診療 ※ | ○・×　　摘要（　　） |
| ホームページ | |
| E メール | |
| 備　考 | |

記載条件:「施術を行なっている」又は「施術を行う予定」の病院・治療院等を掲載してください。

| | |
|---|---|
| 治療施設名称<br>※情報公開希望の方は必須 | 正式名称を記入のこと。(20 文字を超える場合、正式名称は備考に記載し、名称のみ記載します) |
| 施設形態 | 該当箇所に○を記入のこと。(その他の場合は括弧に内容を記入してください) |
| 所在地 | 都道府県と市区までは必ず記載。(２０文字を超えない範囲での記載は可能です) |
| 電話番号 | |
| ファックス | |
| 受付時間・曜日 | 月～金　10:00-19:00　土　10:00-12:00　のように記入のこと。 |
| 休診日 | 日・祝日・年末年始・夏季　のように記入のこと。 |
| アクセス | （２０文字を超えない範囲での記載となります） |
| 外来・出張・予約診療 | 可能の場合は○、否の場合は×となります。<br>摘要：(完全予約制)・・等の記載は 17 文字までででお願いします。 |
| ホームページ | ホームページアドレスをお持ちの施設で公開される場合は記入のこと。 |
| E メール | メールアドレスの公表をご希望の施設は記入のこと。 |
| 備　考 | 記載の希望があればご記入ください。 |

※必須項目以外で情報の掲載を希望されない項目は空欄で結構です。
また施設情報を公開されない方は提出不要です。