

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No. _____

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	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）
※情報公開希望の方は必須	
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	可能な場合は○、否の場合は×となります。 摘要：（完全予約制）・・・等の記載は17文字までをお願いします。
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。