平成　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 送信先：**一般社団法人　日本線維筋痛症学会事務局**　行  FAX:**03-3580-8533** |

**一般社団法人日本線維筋痛症学会診療ネットワーク参加申込書**

**＊**診療ネットワークは線維筋痛症診療機関が未だ国内にて少ないことから、患者様が少しでも

早く受診できるように学会ホームページ上でご案内することを目的としております。

**＊**患者様はホームページの診療ネットワーク医療機関MAPから検索され直接医療機関に

お問い合わせをされます。最近、登録された医療機関を移動された際に当方へのご連絡がなく

患者様とのトラブルが発生しております。所属医療機関を変更された際は、必ず登録情報変更届を

ご提出下さいますようお願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会員番号（会員の方） |  | 氏名 |  |
| 担当医師e-mail | @ | | |

（e-mailは事務局からのご連絡のみに使用いたします。アルファベットははっきりとわかりやすくご記入下さい）

＊太枠内は学会ホームページの診療ネットワーク医療機関マップに記載させて頂きます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当医師名 |  |
| 診療科名 | 内科・リウマチ科・整形外科・心療内科・精神科・神経内科・麻酔科 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 外来日 | 曜日　／　午前・午後　／ 予約： 要・不要 |
| （備考欄） |
| 医療機関住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　　郡・市 |
| 区 |
| 医療機関電話番号 | （　　　　　　） |
| 医療機関FAX番号 | （　　　　　　） |
| 医療機関HP | URL http:// |