

協力病院登録お申込みフォーム

病院名		
住所	〒	
院長名		
電話番号		連絡可能時間帯
FAX番号		連絡可能時間帯
携帯番号(任意)		連絡可能時間帯
※ 診療報告方法	①報告書をFAXしてほしい。 ②報告書のFAXは希望しない	
E-mail(任意)		
休診日		
診療時間	午前	午後
当院ホームページ上への 協力病院名の掲載	①掲載希望する ②掲載を希望しない	
その他ご意見 ご要望があればお書きください		

※報告書はすべての飼い主に手渡しております。FAXによる報告希望の方は診療終了しだいに送信します。深夜のFAXになりますことをご了承ください。

FAX送信先 03-3846-1300

ひがし東京夜間救急動物医療センター 東京都墨田区緑3丁目17-8 高島ビル2F

ご提供いただいた個人情報は当院の診療報告、問い合わせ、各種案内の為に利用させていただきます。個人情報を目的の範囲をこえて利用することはありません。