

小樽後志地域医療連携システム利用申請書

小樽市病院事業管理者 有村 佳昭 様

「小樽後志地域医療連携システム利用規約」に同意し、次のとおり利用申請いたします。

申請日：令和 年 月 日

施設名：_____ 総病床数（ 床）

開設者氏名：_____ 代表者氏名：_____ 印
（自署あるいは公印でお願いします）

担当者氏名（部署）：_____（ ）

Eメールアドレス：_____

電話番号：_____

FAX番号：_____