

検査センター検査情報の提供に関する同意書

おおいた医療ネットワーク運営協議会
運用責任者 様

検査センターの情報提供に関し、下記の検査センターの検査情報をおおいた医療ネットワーク運営協議会参加施設および本協議会と連携する施設の間で共有することに同意いたします。

【参加施設記入欄】

記載日	令和 年 月 日		
検査センター名			
フリガナ		フリガナ	
施設名		代表者氏名	
住所			
電話		FAX	
メールアドレス			

※ご不明な点等ございましたらおおいた医療ネットワーク運営協議会事務局までお問い合わせください。

※ 原本は事務局へお願いいたします。

【お問合せ】
おおいた医療ネットワーク運営協議会事務局
〒870-8506 大分市荷揚町 6 番 1 号
TEL： 097-576-7150 FAX： 097-576-7151

運用責任者印	事務局受付印