

「つながろまい海部津島」 参加同意書

海部医療圏広域医療・介護・福祉ネットワーク「つながろまい海部津島」
利用規約及びセキュリティーポリシーに同意し、参加申請いたします。

年 月 日

(医療機関または事業所 名称)

(医療機関または事業所 所在地)

(電話番号:)

(代表者名(施設管理者等))

⑩ (自署の場合押印不要)
