

[FAX番号 0285-36-0352]

## 承諾書

新小山市民病院  
病院長 島田和幸様

新小山市民病院地域連携協力施設の認定について

上記、新小山市民病院地域連携協力施設の認定を受けることを

〈 承諾 ・ 不承諾 〉 します。

年 月 日

病院・医院名 \_\_\_\_\_

医院長名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

病院・医院のメールアドレス \_\_\_\_\_