

[FAX番号 0285-36-0352]

承 諾 書

新小山市民病院

病院長 佐 田 尚 宏 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
