

様式 1 1 (第 1 4 条関係)

指 示 医 療 機 関 申 請 書

年 月 日

湘南地区メディカルコントロール協議会会長 様

申請者 (施設長)

医療機関名

役 職

氏 名

印

湘南地区メディカルコントロール協議会運用細則第 1 4 条に基づき、次のとおり申請
します。

所在地	
医療機関名	
登録指示医師名	
救急担当部署名	
救急担当部署責任者	
※ 受 付 欄	※ 備 考 欄

備 考 ※印欄は、記入しないでください。