

指 示 医 療 機 関 再 委 嘱 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15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。