

エックス線撮影装置利用承諾書

医療法人社団〇〇 〇〇クリニック
開設者 医療法人社団〇〇 御中

指定申請書に記載した開設者
情報を記入してください。

結核医療の提供にあたり、貴院が当院のエックス線撮影装置を利用することを承諾いたします。

令和 年 月 日

連携先医療機関の
情報を記入してく
ださい。

医療機関所在地 練馬区豊玉北6丁目12番1号

医療機関名 医療法人社団〇〇会 〇〇医院

医療機関開設者名 医療法人社団〇〇会