

(様式 11)

施設・設備共同利用申請書

令和 年 月 日

中津市立中津市民病院
院長 是永 大輔 あて

医療機関の所在地
医療機関名
電話番号
FAX番号
登録医氏名

印

以下のとおり、中津市民病院の施設・設備を利用することを申請します。

(施設) <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 内視鏡室 <input type="checkbox"/> 手術室 <input type="checkbox"/> その他 ()
(医療機器) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 核医学診断装置 () <input type="checkbox"/> その他 ()
(備考)

処理欄

処理欄は記入しないでください。