

母体保護法連携施設届

記入日(西暦) 年 月 日

広島県医師会長 殿

下記の医療施設を、本施設の連携施設として届出いたします。

医療施設名

施設所在地

医療機関コード

管理者氏名

印

※署名または記名押印

指定基準細則第6項Iに定める連携施設として上記施設に協力します。

施設所在地

医療施設名

医療機関コード

管理者氏名

印

※署名または記名押印