

FAX 送付先 在宅医療連携拠点事業室ほたる 29-3022

社団法人鶴岡地区医師会
在宅医療連携拠点事業室「ほたる」 御中

短期入所（ショートステイ）の空床情報閲覧許可申請書

私どもは、鶴岡地区医師会在宅医療連携拠点事業室「ほたる」が提供する短期入所（ショートステイ）空床情報閲覧許可について下記の通り申請いたします。

平成24年 月 日

事業所名 _____

代表者氏名 _____

_____ 御 中

上記、閲覧申請について許可いたします。

平成24年 月 日

社団法人鶴岡地区医師会
在宅医療連携拠点事業室「ほたる」