

第2号様式

Tri-net かすがい利用医療機関管理責任者申請書

年 月 日

(宛先) 統括責任者 (春日井市民病院長)

医療機関名 _____

代表者名 _____ 印

(記名押印又は署名)

・利用医療機関管理責任者 (新規 ・ 変更)

(氏 名) _____

(性 別) 男 ・ 女