協力医療機関同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 協力申出医療機関 |  |
| （医療機関） |  |
|  | 殿 |
| （所在地） |  |
|  |  |

このたび、貴医療機関が、救急業務協力の申し出を行うにあたり、協力医療機関として協力することに同意します。

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 協力同意医療機関 | |
| （医療機関） |  |
|  |  |
|  |
| （所在地） |  |
|  |  |
|  |
| （代表者） |  |
|  |  |