

(別紙)

平成 年 月 日

公益財団法人日本リウマチ財団
代表理事 高久 史磨 殿

災害時支援協力医療機関申込書

当院は、平成 19 年 4 月 12 日付日里財発第 4 号による「災害時リウマチ患者支援事業について」、の災害時支援協力医療機関への参画を申請します。

医療施設名

代表者名

㊞

(医療施設)

郵便番号

所在地

電話番号

ファックス番号

メールアドレス

登録医名

(登録医番号を記入してください)