

(新)

別紙様式第1号（第2第1項関係）

医療連携協定締結申請書

年 月 日

旭川医科大学病院長 殿

医療機関名

代表者

(役職・氏名)

印

貴院の連携医療機関となることを希望いたします。

(新)

(削除)

(新)

(削除)