

(参考様式10)

協力医療機関との契約の内容

協力医療機関の名称	
所在地	
診療科名	
事業者・施設からの距離	km (徒歩 分, 車 分)
契約の内容	

- ※1 協力医療機関と契約書を取り交わしている場合は、契約書の写しを添付してください。
2 協力医療機関が複数箇所ある場合は、別葉で記入してください。
3 契約の内容は、申請する事業に関連した協力内容を記入して下さい。