佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会 宛

「さどひまわりネット」視察・取材申込書

佐渡地域医療連携ネットワークシステムへの視察・取材を申請します。

申請にあたり、別紙の記載事項に準じることを同意します。

|  |
| --- |
| 申込日　ここをクリックして日付を入力してください。 |
| 申込者　 申込者所属・役職 |
| 申込者連絡先  住所　〒  TEL　 FAX  E-Mail |
| 目的・内容 |
| 視察・取材者（氏名・役職） |
| 希望日（時間のご希望は余白に記入してください）  第一希望：ここをクリックして日付を入力してください。  第二希望：ここをクリックして日付を入力してください。  第三希望：ここをクリックして日付を入力してください。 |
| 施設訪問希望 （訪問先は協議会から指定させていただきます）  なし（協議会のみ）　病院　　診療所　　歯科診療所　　調剤薬局　　介護事業者 |