

様式 1

## 登録医療機関申請書

私は、市立恵那病院医療機器共同利用規定に定める内容を了解のうえ、市立恵那病院医療機器共同利用登録医療機関に申し込みします。

公益社団法人 地域医療振興協会  
市立恵那病院管理者 殿

令和 年 月 日

医療機関名

---

医療機関住所

---

氏 名

---

印