

別紙 『外来感染対策向上加算連携申込書』

名古屋記念病院 宛

外来感染対策向上加算に係る連携を名古屋記念病院と希望します。

申込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

ご連絡先 (_____) _____

ご担当者名 _____

メールアドレス _____ @ _____

F A X 送信先 : **052-804-6216**