一般社団法人鶴岡地区医師会

　　　地域医療連携室ほたる　御中

短期入所（ショートステイ）の空床情報閲覧許可申請書

　私どもは、鶴岡地区医師会地域医療連携室ほたるが提供する短期入所（ショートステイ）空床情報閲覧許可について下記の通り申請いたします。

令和　　年　　月　　日

事　業　所　名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　御中

短期入所（ショートステイ）の空床情報閲覧申請について許可いたします。

令和　　年　　月　　日

一般社団法人鶴岡地区医師会

　　　地域医療連携室ほたる