

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。

平成 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。

平成 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