

和歌山県風しん抗体検査事業協力申出書

年 月 日

和歌山県知事様

当院は、下記のとおり和歌山県風しん抗体検査事業に協力しますので、次のとおり申し上げます。

申出者住所（法人は事務所所在地）

申出者氏名（法人は名称及び代表者氏名）

印

【医療機関の概要】

医療機関名

医療機関の所在地（〒 — ）

連絡先 TEL

FAX

管理者氏名

担当者部署・氏名

記

1 「和歌山県風しん抗体検査検査実施要綱」に基づき当該事業を実施します。

2 検査実施日、時間等は次のとおりです。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
午前							
午後							

備考：

3 検査希望者が受診できる医療機関が広く県民に周知されるよう医療機関名等（医療機関名、所在地、連絡先、検査実施日・時間等）が公表されることに同意します。