

様式12の1 (第15条関係)

指 示 医 療 機 関 再 委 嘱 申 請 書

年 月 日

湘南地区メディカルコントロール協議会会長 様

申請者（施設長）

医療機関名 _____

役 職 _____

氏 名 _____ 印 _____

湘南地区メディカルコントロール協議会運用細則第15条に基づき、次のとおり申請
します。

所 在 地		
医 療 機 関 名		
登録指示医師名		
救急担当部署名		
救急担当部署責任者		
※ 受 付 欄	※ 備 考 欄	

備 考 ※印欄は、記入しないでください。