原本を必ず三鷹市医師会へご提出ください。

〒１８１－００１４　三鷹市野崎１－７－２３　公益社団法人三鷹市医師会　細谷宛

　**連絡帳みたかい参加に係る誓約書**

**公益社団法人三鷹医師会会長　殿**

連絡帳みたかい運用ポリシーを理解し、遵守することを誓います。

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** | 事業所名を入力ください。　 |
| **所在地** | 市町村名から入力ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **事業所番号** | [ ] 医療機関コード　　　[ ] 事業所番号　※いずれかにチェック |
| 医療機関コードもしくは事業所番号を入力ください。　　　　　　 |
| **代表者名** | 代表者の氏名を入力ください。　　　　　　　　　　　㊞ |
| **みたかい****管理者名** | 事業所のみたかい管理者の氏名を入力ください。　　　㊞ |
| **電話番号** | 市外局番-　　　　　　-　　　　　　 |

事務局記入欄

受理印

受理：　　　　年　　月　　日