第４号様式

構　成　病　院　一　覧

【代表病院】

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 住　所 |  |

＜応募者＞

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所在地：（〒 － ） | |
| 担当部署（役職）： | 担当者氏名： |
| 電話番号： | Ｅメールアドレス： |

【提携病院】

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者 |  |
| 住　所 |  |

※記入欄が足りない場合は適宜追加し、全ての構成事業者について記載してください。