

# 乳児健康診査業務受託申込書

平成 年 月 日

静岡県 医師会長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

協定書に基づく、静岡県内の市町村が実施する乳児健康診査業務の受託を申し込みます。

記

医療機関名	
所在地	〒 (      -      )
電話番号	(      )
診療科名	
受託年月日	平成 年 月 日