

別添

事例公開に関する同意書

2019 年 月 日

公益財団法人日本医療機能評価機構
教育研修事業部 行

病院名 _____

代表者氏名 _____ 公印

2019 年 月 日付で当院より提供した事例の公開について、

☐ 同意します。

☐ 同意しません。

(いずれかにレ点をつけてください。)

連絡先担当者 部署 _____

役職 _____

フリガナ

氏名 _____

連絡先電話番号 _____

メールアドレス _____

返信期限：2019 年 7 月 19 日（金）☒ 切