

## 協力医療機関同意書

協力申出医療機関

(医療機関)

殿

(所在地)

このたび、貴医療機関が、救急業務協力の申し出を行うにあたり、協力医療機関として協力することに同意します。

年 月 日

協力同意医療機関

(医療機関)

(所在地)

(代表者)