

年 月 日

(あて先) さいたま市長

医療機関所在地
医療機関名
管理者名



協力医療機関登録申請書

さいたま市自殺対策医療連携事業の規定による協力医療機関として登録されたく、
下記の書類を添えて申請します。

記

- 1 医療機関概要 (さいたま GPE 様式第 1 号 別紙 1)
- 2 同意書 (さいたま GPE 様式第 1 号 別紙 2)