令和　年　月　日

　愛知県保健医療局長　殿

申請者　住　　　所

　　　　医療機関名

　　　　代　表　者

「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」応募申請書

　「外国人患者を受け入れる拠点的な医療機関」の公募について、応募申請します。

【連絡先窓口】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 担当者役職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |