（別紙１）

名称掲示同意書

市立大津市民病院に当院の名称を掲示することに

同意します

平成　　年　　月　　日

医療機関名：

住　　　所：

代　表　者：

自院駐車場（　有　・　無　）　　　提携駐車場（　有　・　無　）

車椅子受診の可否（いずれかに○を付けてください）　　可　　・　　否

※パンフレットの作成を希望される場合は、「別紙２」（パンフレット掲載内容）

もご提出下さい。