

(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。