年　　　月　　　日

「健診標準フォーマット」導入

募集について

〇をつけてください

1．導入を希望する

◆導入を希望される施設は、下記の枠内にすべてご記入ください。

　日医総研の担当者より後日直接ご連絡させていただきます。

**『健診標準フォーマット』変換ツール作成申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
|  | | | |
| 所在地 | ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |
| 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | FAX |  |
| 連絡担当者 | 役職名 |  | 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 連絡担当者E-mailアドレス | | | | |

その他連絡事項