

厚生労働省医薬食品局安全対策課 宛て
FAX 03-3508-4364

説明会参加申し込み用紙

「医療情報データベース基盤整備事業協力医療機関の公募説明会」
の参加を希望します。

平成 23 年 月 日

参加者氏名

所属医療機関

住 所

電 話 番 号

F A X 番 号

※中央合同庁舎第5号館入館においては、入館にあたって本人確認を行っておりますので、
参加申し込み用紙（本状）、写真付身分証明書（免許証など）を持参して下さい。