日本医療安全調査機構 御中

FAX 03-5401-3022

email　pubmedsafe@medsafe.or.jp

令和　　年　　月　　日

刊行物送付依頼書

日本医療安全調査機構の刊行物について、下記のとおり送付を希望いたします。

記

○送付依頼者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院名  又は  団体名 |  | |
| 担当部署 |  | |
| 担当者氏名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 連絡先 | T E L |  |
| E-Mail |  |

◯希望冊子部数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療事故調査・支援センター 2024年　年報 |  | 部 |

◯使用目的

|  |
| --- |
|  |

◯確認事項（下記事項をご確認の上、□欄に✔を入れてください。）

冊子の送付にかかる費用について、着払いにて支払うことを了承します。

➤ご記入いただいた情報は、当機構から刊行物を送付する目的以外には使用いたしません。

以上