**（参考様式１1）**

**協力医療機関との契約の内容**

|  |  |
| --- | --- |
| **協力医療機関の名称** |  |
| **所在地** |  |
| **診療科名** |  |
| **事業者・施設からの距離** | ㎞（徒歩　　　　分，車　　　　分） |
| **契約の内容** |  |

※１　協力医療機関と契約書を取り交わしている場合は，契約書の写しを添付してください。

２　協力医療機関が複数箇所ある場合は，別葉で記入してください。

３　契約の内容は，申請する事業に関連した協力内容を記入して下さい。