広島県健康福祉局 健康対策課 精神保健グループ宛

ファクシミリ：０８２－２２８－５２５６

E-mail：futaisaku@pref.hiroshima.lg.jp

令和　　年　　月　　日

**広島県認知症疾患医療センター指定医療機関公募に係る**

**質　　問　　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 病 院 名 |  |
| 連 絡 先 | 所　　属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号(内線) |  |
| ファクシミリ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問項目 |  |
| （内　容） |

※質問項目が複数ある場合は，項目ごとに質問書を作成してください。