

連携施設証明書

令和 年 月 日

栃木県医師会長 様

所在地：〒

連携施設名：

連携施設長名：

印

下記医療機関は母体保護法により、
当施設が連携を受託した施設であることを証明する。

医療機関名：

所在地：〒

母体保護法

指定医師名：

注) 連携施設となり得る機関は、母体保護法に基づく設備指定を受け、
連携施設を必要としない施設でなければならない。