

# FAX送信書

お手数ですが、必要事項記入のうえFAXにてご返送ください。

## 問合せ事項

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 助成金申請手続きについて | <input type="checkbox"/> 経営者の手取りを増やす具体策  |
| <input type="checkbox"/> 新電力について      | <input type="checkbox"/> LED照明への切り替えについて |
| <input type="checkbox"/> OA機器の見直しについて |  |

## ご要望、ご連絡事項

医療機関名/施設名

電話番号

病床数

床

1日平均外来患者数

/日

FAX

設置先ご住所 〒

部署

担当者名

E-mail

ファックス送信先 **FAX 03-6417-3318**



患者さんのための、より良い医療機関のために……。

特定非営利活動法人 **医療機関支援機構** (通称: エムアイエス)

〒141-0031 東京都品川区西五反田2-13-1-705 Tel.03-6417-3317 (代) Fax.03-6417-3318 <http://www.n-mis.com/>