

「健診標準フォーマット」導入 募集について

○をつけてください

1. 導入を希望する

- ◆導入を希望される施設は、下記の枠内にすべてご記入ください。
日医総研の担当者より後日直接ご連絡させていただきます。

『健診標準フォーマット』変換ツール作成申込書

施設名	フリガナ		
所在地	フリガナ		
	〒		
電話番号		FAX	
連絡担当者	役職名		フリガナ
			氏名
連絡担当者 E-mail アドレス			

その他連絡事項

--