

(別紙)

承 諾 書

先に依頼のありました献腎摘出協力医療機関となることについて、
これを承諾します。

令和 年 月 日

大 分 県 医 師 会 長 殿

医療機関名	
管理者名	
〒・住所	
電話番号	