



『認定病院ポスター』

申込書

公益財団法人日本医療機能評価機構発行の認定病院ポスターを下記のとおり申し込みます。

申込日	年 月 日	
病院名	(フリガナ)	
ご担当者	職名	
	氏名(フリガナ)	
住所・所在地	(〒 -)	
連絡先	電話番号	内線番号 FAX番号
枚数	認定病院ポスターA: 家族のデザイン	枚
	認定病院ポスターB: ピアノのデザイン	枚
	計	枚

《必要事項をご記入のうえFAXまたは郵送でお申し込みください。》

- 認定病院ポスターサイズ：420 mm × 594 mm (A2判)
- 認定病院ポスターの追加申し込みにかかる費用は無料です。
- ※認定病院ポスターを複製して使用することは出来ません。
- ※認定病院ポスターの掲示は、当機構による認定期間内に限らせていただきます。
- ※認定病院ポスターは、認定証が発行された特定の医療機関のみが使用できます。

申込先

公益財団法人日本医療機能評価機構 評価事業推進部

〒101-0061 東京都千代田区三崎町1丁目4番17号 東洋ビル

Tel: 03-5217-2326 Fax: 03-5217-2331

URL: <http://www.jcqhc.or.jp/>

記入いただいた個人情報については、当機構の個人情報保護方針に基づき、適正に管理いたします。