一般社団法人滋賀県病院協会　あて

令和7年　　月　　日

病院名

記載者

連絡先℡

**病院医療機能評価受審フォーラムでの質問事項等について**

（下記に簡潔に記載ください。当日ご回答いただく予定です）

9月26日（金）までにご提出ください。

一般社団法人滋賀県病院協会

TEL　０７７-５２５-７５２５

FAX　０７７-５２５-５８５９

E-mail　kyoukai@shiga-hosp-a.or.jp