様式第１０号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　他ネットワークの代表者　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いしかわ診療情報共有ネットワーク協議会長

ネットワーク連携運用について

　当協議会は、　（他ネットワークの名称）　　といしかわ診療情報共有ネットワークの連携運用に同意します。