

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。