

共同利用計画

年 月 日

住所
医療機関名
代表者名

担当者名
連絡先 電話
mail

共同利用を行う

<医療機器>

()

<対象とする医療機関>

()

<保守・整備等の実施に関する方針>

()

<画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針>

()

共同利用を行わない

<共同利用を行わない理由>

()