

令和 年 月 日

横浜市立大学附属市民総合医療センター
病院長 殿

診療協力業者名
住 所
代 表 者 氏 名

印

連携証明書

と は、

補聴器において連携していることを証明します。

療育センター名 または ろう学校名	印
住所	
代表者氏名	

記入例：診療協力業者名、住所等はこちらで印字して渡すことを想定

令和 年 月 日

横浜市立大学附属市民総合医療センター
病院長 殿

診療協力業者名 ●●有限公司
住 所 横浜市南区浦舟 XX―XX
代 表 者 氏 名 ●● ●●● 印

連携証明書

●●有限公司 と 横浜市▲▲地域療育センター は、

補聴器において連携していることを証明します。

療育センター名 または ろう学校名	横浜市▲▲地域療育センター 印
住所	横浜戸塚区 XX―XX
代表者氏名	▲▲ ▲▲