

# エックス線撮影装置利用承諾書

(医療機関名)

(開設者名)

殿

結核医療の提供にあたり、貴院が当院のエックス線撮影装置を利用することを承諾いたします。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医療機関開設者名