（外傷診療機能評価制度 申請書式第1号）

**日本外傷学会**

**外傷診療施設機能評価制度申請書**

一般社団法人日本外傷学会　御中

日本外傷学会　外傷診療機能評価制度の認定を申請いたします。

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

申請施設名：

施設長名：　　　　　　　　 　　　　　　　（公印）

（医療機関の長）

申請代表者名：

申請代表者の診療科名：

所在地　　〒

所属施設電話番号：

所属施設FAX番号：

申請代表者E-Mail：