年　　月　　日

選考申込書

　　〇　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 代表者名 |  |

　　〇　実績について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新潟市内に所在する病院名 | |  |
|  | 病床数 | 床 |
| 常勤医師数 | 名 |
| 救急告示認定年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 救急車受入件数 | （令和５年１月）　　　　　　　　　　　件  （令和５年２月）　　　　　　　　　　　件 |

　　〇　連絡先について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担　当　者 | 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| その他連絡事項等 | |  |