

NPO 法人小児遠隔画像診断支援協議会事務局 御中

## 遠隔画像診断支援発注依頼書

依頼日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日

協議会が提供する遠隔画像診断支援サービスにて、発注を依頼しますので、ご連絡をお願い致します。

1. 施設名

\_\_\_\_\_

2. 住所

〒

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 担当者名

\_\_\_\_\_

4. 部署

@

\_\_\_\_\_

5. 電話番号

\_\_\_\_\_

6. e-Mail

\_\_\_\_\_

7. 画像診断支援の依頼を検討しているモダリティ ※レ点

- CT
- MR
- RI
- CR
- 腹部エコー
- その他

8. コメント

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NPO 法人事務局 連絡先

インフィニティメディカルソフト株式会社内 Tel : 042-379-6421 、 Fax : 043-379-6429