カルテ翻訳申込書

（書式Ｎｏ.21）

＊申込書は事案ごとにご記入下さい。

依頼責任者			
住　　所	〒 （　　法律事務所）		
電話番号	（　　）　－	ＦＡＸ	（　　）　－
会員種別	正会員　　維持会員		

患者名	カルテ綴数　（枚数）
	綴・枚
	綴・枚
	綴・枚
	綴・枚

申込年月日	年　　月　　日

事案の概要・争点

カルテ翻訳申込書送付先

〒461-0001　名古屋市東区泉1-1-35　ハイエスト久屋
TEL. 052-951-1731　FAX. 052-951-1732
医療事故情報センター　翻訳リクエスト係