

共同指導依頼書（医療連携室行）

医療機関名 _____

医師名 _____

患者氏名 _____

希望される日時
_____年 _____月 _____日

AM・PM _____時頃

白衣の持参 有 ・ 無

医療連携室まで FAX をお願い致します。

FAX : 0930-22-0659

新行橋病院 医療連携室