菊川市立総合病院　認定看護師　相談FAX用紙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　依頼日：令和　　　年　　 月　 　日

事業者名：

職種：

担当者：

相談を希望する認定看護分野をご記入下さい。【　　　　　　　　　　　　　　　 　】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご相談内容　（個別の患者様の相談は患者情報をご記入下さい） | | | | | |
| 診察券番号 |  | 患者氏名 |  | 生年月日 |  |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 返信方法（ご希望の返信方法にレ点と連絡先番号をご記入下さい） | | |
| * TEL希望 | TEL番号 |  |
| □　FAX希望 | FAX番号 |  |

【受付】　菊川市立総合病院地域医療支援課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0537-35-2850　　FAX：0537-35-2843