

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)		
<input type="checkbox"/> TEL 希望	TEL 番号	
<input type="checkbox"/> 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