|  |  |
| --- | --- |
| 鎌ケ谷総合病院　地域医療支援室宛て患者さま紹介・情報提供依頼FAX | [日付を選択] |

|  |
| --- |
|  |
|

|  |
| --- |
|  |

 | 至急 |

|  |
| --- |
|  |

 | ご参考まで |

|  |
| --- |
|  |

 | ご確認ください |

|  |
| --- |
|  |

 | ご返信ください |

|  |
| --- |
|  |

 | ご回覧ください |

|  |
| --- |
| **送信元情報** |
| **医療機関名** | 貴院施設名を入力してください |
| **担当者／部署** | 貴院ご担当様氏名／部署名 |
| **枚数** | 本紙含む　　　　　　　枚 |
| **電話番号** | 貴院電話番号を入力してください |
| **FAX番号** | 貴院FAX番号を入力してください |
| **内容** | **患者さま受入れ依頼** |
| **送信先情報** |
| **送付先:** | **鎌ケ谷総合病院　地域医療支援室　宛て** |
| **電話番号:** | **047-498-8111　(病院代表)** |
| **FAX 番号:** | **047-498-8666　(地域医療支援室直通)** |

**連絡事項:**

[連絡事項を入力]