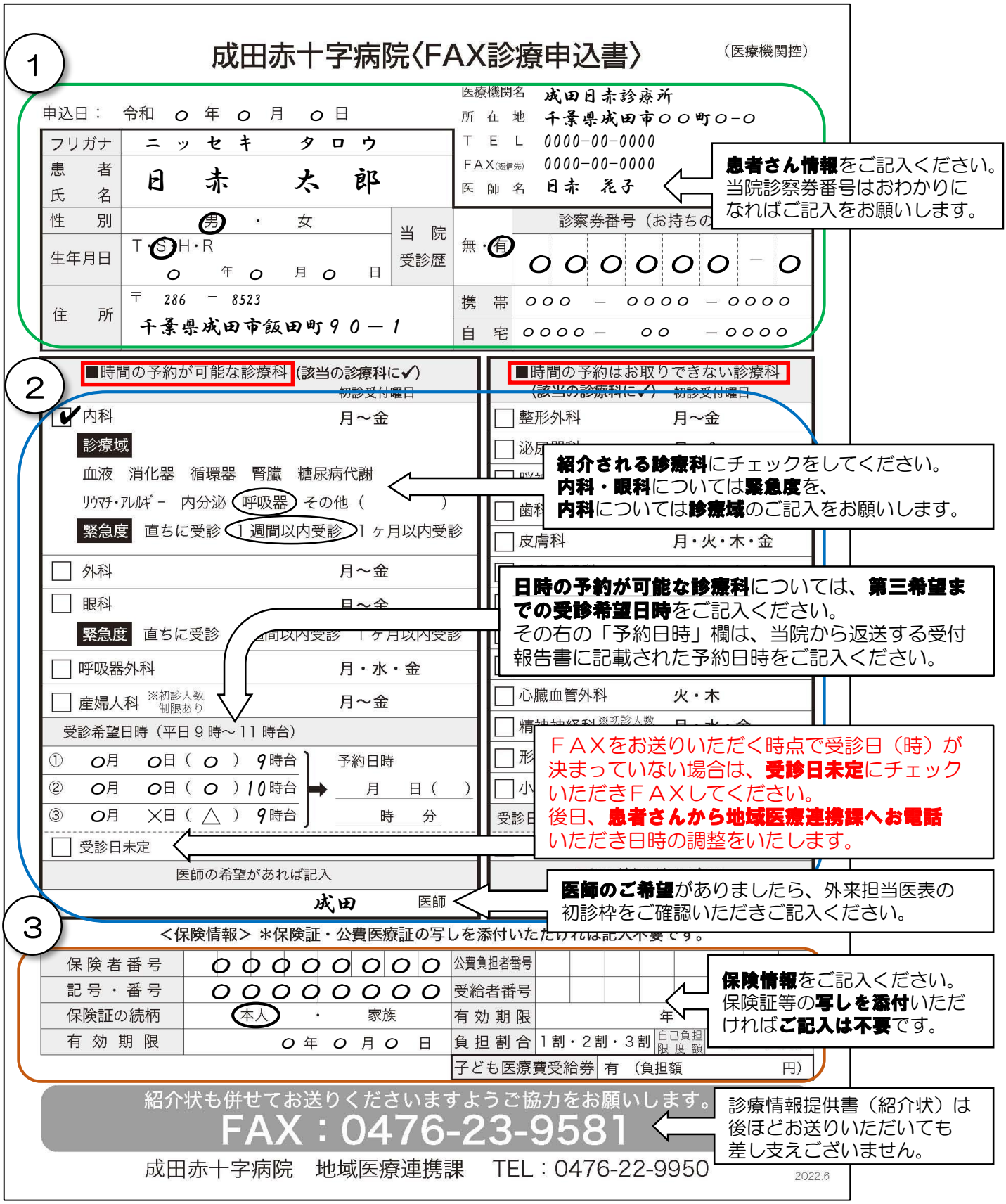
FAX診療申込書　記入の手引き

以下の①～③の記入欄について、下記のとおりご記入いただきますようお願いいたします。
※ご記入は医師以外の方でも差し支えございません。



紹介元医療機関様にはお手数をおかけいたしますが、患者さんの円滑なご受診のため、ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。
ご不明な点などございましたら、地域医療連携課（0476-22-9950）あてにお問合せください。

2022.6