

<送信先>

成田赤十字病院 地域医療連携課

FAX : 0476-23-9581

紹介関係書類請求書

医療機関名	
所在地	〒
TEL	
ご担当者様	

※ご希望の書類にチェックいただき、冊数をご記入ください。

- FAX診療申込書 _____ 冊 ※1冊25部
- 診療情報提供書（紹介状） _____ 冊 ※1冊50部

【お問合せ先】

成田赤十字病院 地域医療連携課

TEL : 0476-22-9950

FAX : 0476-23-9581