

地域連携室 FAX 番号 0853-20-2063

この FAX 診療申込書により受け付けます

（電話での申し込みは受付しておりません）

下記の項目は、必ずご記入ください

- ご施設名 病院・医院
- 診療科
- 主訴または傷病名（適応をご記入ください）
- 患者氏名
- 生年月日 年 月 日 (歳)
- Tel:
- 携帯