

開放型病床共同診療申込書

令和 年 月 日

順心淡路病院 地域医療連携室 宛 FAX 0799-60-2251

医療機関名

登録医名

電話番号

FAX

下記のとおり、入院患者の共同診療を申し込みます。

フリガナ		性別
患者名	様	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
共同診療 第1希望日	年 月 日 午後 : ~	
共同診療 第2希望日	年 月 日 午後 : ~	