

【送信先】 益田赤十字病院 地域医療連携課

F A X : 0856-32-3314

心不全地域連携パス連携医療機関登録票

令和 年 月 日

益田赤十字病院長 様

当院は、貴院が策定する心不全患者に関する診療計画に基づき、貴院と連携して
貴院退院後の患者治療を担うことに同意します。

医療機関名				
所在地	〒 ー			
T E L	()		(内線)	
F A X	()			
事務担当 部署名				
担当者名	職名		氏名	
【備考】				

【担当】

益田赤十字病院 地域医療連携課

〒698-8501 益田市乙吉町イ103-1

TEL:0856-22-1480 FAX:0856-32-3314