

F A X : 0856-32-3314

令和      年      月      日

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<br>部 署 名  |                                                                          |  |    |  |
| 担 当 者 名           | 職名                                                                       |  | 氏名 |  |
| 【備考】              |                                                                          |  |    |  |

TEL:0856-22-1480    FAX:0856-32-3314