

開放型病床連絡票

令和 年 月 日

浜松医科大学医学部附属病院地域連携室

TEL 053-435-2637

FAX 053-435-2849

住 所

医 療 機 関

登録医師名

TEL

FAX

予 定 日 時 _____ 年 月 日 () 午前・午後 時 分

患 者 氏 名 _____

連絡事項等

※追って地域連携室よりご連絡申し上げます。