仕組み様式1

|  |
| --- |
| **筑紫地区入院連絡票** |
| 受け取り）事業所名：　　　　　　　担当ＣＭ：　　　　　様 |
| いつもお世話になっております。お手隙の時に、下記までご連絡ください。 |
| 送信日）　　　　年　　　月　　　日 |
| 送信元）医療機関名： |
| 電話番号：　　　　　　　　FAX番号： |
| 送信者） |
| ※備考※ |