

(様式第3号)

共同診療申込書

令和 年 月 日

徳島県立中央病院長 殿
(患者支援センター)

連携医氏名

登録番号

医療機関名

電話番号

FAX番号

1 共同診療患者名

2 診療科名

3 主治医氏名

4 診療希望年月日 令和 年 月 日
時 分

5 特記事項

来院の際は、1階6番 患者支援センターにお立ち寄りいただき、

白衣、名札を着用されて病棟へお越してください。

(徳島県立中央病院患者支援センター FAX 0120-631-715)

