

年 月 日

配送依頼書

春日部中央総合病院 地域医療連携室 行

048-736-1303 (TEL・FAX 兼用)

配送を希望される書類の部数および配送先をご記入の上、上記番号までFAXして下さい。近日中に郵送またはお届け致します。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

配送希望書類

- | | | |
|---------------|-------|---|
| ①紹介患者連絡票 | _____ | 部 |
| ②専用封筒 | _____ | 部 |
| ③病院パンフレット | _____ | 部 |
| ④入院のご案内 | _____ | 部 |
| ⑤診療のご案内 | _____ | 部 |
| ⑥外来診療医師担当表 | _____ | 部 |
| ⑦広報誌 | _____ | 部 |
| ⑧MRI <検査伝票> | _____ | 部 |
| <チェックリスト> | _____ | 部 |
| <造影剤同意書> | _____ | 部 |
| ⑨その他(_____) | _____ | 部 |

貴医療機関名 _____

ご住所 _____

お電話番号 _____