

福井市医師会 在宅協力医 回答書

<在宅協力医登録医→医師会>

日時： 年 月 日

福井市医師会 御中

依頼元医療機関名 :

依頼日 : 年 月 日

上記の症例に関しては、下記のとおりであります。

在宅協力医として 対応可能

対応できない

(発信元)

医療機関名:

氏 名:

電話番号:
