

福井市医師会 在宅協力医 回答書

<医師会→依頼元医療機関>

日時： 年 月 日

御中

依頼日 : 年 月 日

依頼者氏名 :

在宅協力医は下記のように決定しました。

医療機関名 :

住 所 :

協力医氏名 :

電話番号  
(連絡先) :

※以降は貴院と在宅協力医間でご調整をお願い致します。

福井市医師会 担当: