開放型病床共同診療申込書

令和　　年　　月　　日

順心淡路病院　地域医療連携室　宛　FAX　0799-60-2251

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 登録医名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |

下記のとおり、入院患者の共同診療を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性 別 |
| 患者名 |  | 様 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　月　　日　( 　 歳) |
| 共同診療第1希望日 | 年　　月　　日　　午後　　：　　～ |
| 共同診療第2希望日 | 年　　月　　日　　午後　　：　　～ |