

FAX送信票

(福岡市立こども病院・感染症センター 開放型病床共同指導連絡用)

ご来院していただく 医療機関名 _____
先生のお名前 _____

来院予定日	平成 年 月 日
予定時刻	午前 ・ 午後 時頃
患者さんのお名前	様
当院入院の診療科	
ご来院の目的	診察・検査・手術・その他 ()

福岡市立こども病院・感染症センター 地域医療連携室

FAX 092-713-3119

受付時間 午前9時 ~ 午後5時