

相談 FAX(連携事業所用)

事業所

名称		記入者名	
電話番号		FAX 番号	
対象患者氏名		生年月日	

質問内容

--

回答内容

--

回答者：

FAX 送信先 キナシ大林病院地域連携室 087-882-3539