

様式2-3

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システム 後方支援病院等連携通知書

平成 年 月 日

御中

一般社団法人名古屋市医師会 在宅医療・介護支援システムに基づき、医療機関より連携依頼がございましたので、
通知します。

医療機関名	
担当窓口（担当者）	
医療機関所在地	〒
連絡先	電話番号：（ ） - /FAX番号：（ ） -