

様式5-2

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 コンタクトセンター利用登録完了通知書

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、コンタクトセンターの利用登録が完了しましたので、通知します。（療養者へ下記の番号を通知してください）

コンタクトセンター 電話番号	
医療機関名	
療養者氏名	