

# 共同指導実施依頼書

熊本機能病院      ご回答受付番号      096-345-8171

1. 入院紹介患者氏名 \_\_\_\_\_ 様

2. 共同指導（いずれかを○で囲んでください）

① 実施する予定

② 実施しない

3. 共同指導の予定日

（いずれかを○で囲み、予定がありましたらご記入ください）

① 未定である

② 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（ \_\_\_\_ 曜日）の（ \_\_\_\_ ）時頃を予定

③ その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 貴医療機関名 \_\_\_\_\_

ご回答ありがとうございました

共同指導に関するご質問がありましたら

熊本機能病院 医事課へご連絡ください。

電話(代)                      096-345-8111

FAX                              096-345-8188