

FAX送信票

(福岡市立こども病院 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	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 地域医療連携室

FAX 092-692-3318

受付時間 午前9時 ~ 午後5時