

(様式5)

〈FAX送信票〉 開放病床入院（予定）連絡票

年 月 日

登録医療機関名

先生

北九州市立医療センター
医療連携室

年 月 日付の「開放病床利用届出書」に係る開放病床利用患者の入院について、次のとおり（予定しておりますので）ご連絡いたします。

フリガナ		男・女	生年月日
患者氏名			年 月 日
入院（予定）日			
主治医 （担当医）			
通信欄	共同指導（診療）をご希望の場合は、宣誓書兼閲覧申請書（様式6）をFAX送信して、希望日時をご連絡ください。		

※ 入院（予定）日は変更になる場合がありますので、ご了承ください。

※ ご不明の点がありましたら、医療連携室までご連絡ください。

医療連携室

TEL 093-533-8660

FAX 093-533-8718