

(様式 7)

＜F A X 送信票＞ 開放病床共同指導（診療）日程報告書

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「開放病床入院届出書」に係る開放病床利用患者の指導（診療）日程について、下記のとおり決定しましたので報告します。

患 者 氏 名	
診 療 科	
主 治 医 (担当医)	
共同指導（診療）日程	
通 信 欄	

※ 共同指導（診療）当日は、はじめに医療連携室にお越しください。

※ 急遽、共同指導・診療ができなくなった場合は、医療連携室にご連絡ください。

医療連携室

T E L 0 9 3 - 5 3 3 - 8 6 6 0

F A X 0 9 3 - 5 3 3 - 8 7 1 8