（参考様式）

入院時情報提供書送付のご案内

日付	年　　月　　日　（　）		
送信先			
送信枚数	枚　（本紙含む）	患者名	様

送信元		所在市町	
担当者			
電話		ＦＡＸ	

連　絡　事　項				
病院記入欄				
確認日　　年　　月　　日				
□　入院時情報提供書を受け取りました				
（連絡事項）				
担当者	所属 氏名		連絡先	○○－○○○○