きのくに医療連携システム　青洲リンクFAX受付窓口　確認書

 　　　　年　　月　　日

医療機関等名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 部署名 | ご担当者名 | TEL番号 | FAX番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※他の参加医療機関からの、「参加同意書」を受け付けていただく
ご担当部署名・ご担当者名を記載してください。