

## 共同指導（診療）申請書

年 月 日

愛媛県立中央病院

科  
 担当医師 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 先生

登録医療機関名

登録医師氏名

電話番号

FAX番号

共同指導（診療）について、下記の通り申請します。

フリガナ									
患者氏名									
生年月日				性別					
共同指導（診療）希望日時	第1希望		年		月		日		時～
	第2希望		年		月		日		時～
	第3希望		年		月		日		時～
通信欄									

- ※ 共同指導（診療）当日は、はじめに地域医療連携室にお越してください。
- ※ 急遽、共同指導（診療）が出来なくなった場合は、地域医療連携室まで連絡ください。
- ※ 当院担当医師の都合により、ご希望に添えない場合があります。

愛媛県立中央病院  
 地域医療連携室

TEL:089-987-6270(直通)

TEL:089-947-1165(ダイヤルイン)

FAX:089-987-6271

