

FAX栄養指導申込書

令和 年 月 日

独立行政法人

国立病院機構千葉医療センター

地域医療連携室宛 FAX 043-251-5320(直通)

患者情報	フリガナ	性別
	氏名	男 ・ 女
	生年月日	
	T・S・H・R 年 月 日生	
	〒	
住所		
電話番号	— —	
貴院情報	医療機関名	
	所在地	
	TEL	
	FAX	
	医師氏名	
指導希望日	第1希望 令和 年 月 日 時	※FAX予約可能時間 月～金曜日 (年末年始・祝日を除く) ①14時00分 ②14時30分
	第2希望 令和 年 月 日 時	
	第3希望 令和 年 月 日 時	

注1) FAX栄養指導申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてご連絡下さい。

注2) 原則として翌々日以降分の予約申込みをお願い致します。

注3) お返事は「予約通知書」にて栄養指導実施日時、注意事項等を記入し、FAX致します。

注4) 17時00分以降のFAX受付分は翌日速やかにお返事致しますのでよろしくお願い致します。

注5) 患者さんには診療情報提供書をお渡ししていただくよう、よろしくお願い致します。

ご不明な点は

受付時間 月～金曜日 8時30分～17時00分(年末年始・祝日を除く)

地域医療連携室 TEL/FAX:043-251-5320(直通)までお問い合わせ下さい。

** 誤送信FAX書類の取り扱いのお願い **

このFAXが誤って送信先以外の方に送信された場合は、恐れ入りますが直ちに発信者まで、ご連絡いただきますようお願いいたします。