

**入院時情報提供書
FAX送付票 兼 受領書**

送付日時	年 月 日
あて先	中東遠総合医療センター 地域医療支援センター FAX番号(0537)61-2620
送付文書名	入院時情報提供書
送付枚数	本票を含めて 枚です
送信者	事業所名： 担当ケアマネジャー： 電話番号 () - FAX番号 () -
通信欄	

年 月 日

様の提出書類を受領しました。

中東遠総合医療センター

地域医療支援センター

受領者

直接病棟へ持参する場合にも 受領書としてお使いください