

FAX送付票兼受領証

- ☐ 入院時情報提供書
- ☐ ケアプラン（退院後初回用）
- ☐ ケアプラン（外来患者用）

送付日時	年 月 日
送付先	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
送付枚数	本表を含めて （ ） 枚
送信者	【事業所名】 【担当ケアマネジャー】 電話番号 （ ） － FAX番号 （ ） － 【ケアプラン送付の場合】 診療科： 主治医： 入院病棟： 退院日： 年 月 日
通信欄	

※ケアプランは、退院後数日以内に送信をお願いいたします

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証としてお使いください