

医療と介護の多職種連携・連絡票 FAX 送信票

あて先 電話番号 FAX番号 担当者名	御中 様	送付先 電話番号 FAX番号 担当者名
----------------------------------	---------------------	----------------------------------

日頃より大変お世話になっております。下記の相談が有りますので、お忙しいところ誠に恐れいりますが、よろしくお願いたします。

◆利用者の情報

氏名(イニシャル)	性別 男・女
生年月日	年 月 日

◆送信者記載欄

件名	
----	--

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 至急の要件なので、改めて電話にて連絡します | <input type="checkbox"/> ご返信ください |
| <input type="checkbox"/> 返信は不要ですが、ご確認ください | <input type="checkbox"/> その他 |

<相談内容>

◆受信者記載欄

(相談方法等) <input type="checkbox"/> 直接会って話をします(月 日 時頃お出てください) <input type="checkbox"/> 電話で話をします (月 日 時頃電話ください) <input type="checkbox"/> 文書で回答します

(回答・助言等)
年 月 日 氏名