

医療介護連携支援センター 相談用紙

※個人が特定される情報は記入しないようお願いいたします。

※センター記入欄

No.

年月日	平成 年 月 日()				
種別	医療機関・居宅・訪看・薬局・介護事業所・施設・行政・その他				
事業所名	TEL		FAX		
職種		相談者名		所在地	

《相談内容》

《回答内容》 (回答日: 平成 年 月 日)

《お問い合わせ》

岩槻区医療介護支援センター

FAX: 048-792-0898 Eメール: kyoten.iryuu@maruyama-hp.or.jp

受付: 月～金(祝日除く) 9:00～17:00

※センター記入欄

内容種別: