淡路医療介護福祉連携支援センター相談票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 職　種 |  |
| 所　属 |  | | 連絡先 | tell：  fax： |
| 相談はどの職種に対してですか？  左に〇をつけて下さい。 | | 医　　師・歯 科 医 師・薬 剤 師  看 護 師・介 護 職・（　 　　　　　　　） | | |
| 相談内容を詳しくご記入下さい | | | | |

　　fax番号：０７９９－６２－５８６０

淡路市医療介護福祉連携支援センター回答票

　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 相　談 |  |
| 回　答 |  |