

令和3年1月31日(日)

相談者		相談内容
所属	〇〇病院	
氏名	△△太郎	
職種	地域医療連携室 看護師	
連絡先 TEL	TEL 012-345-6789	
FAX メールアドレス 等	FAX 012-345-6780	
対象者の情報		
年齢	95	
性別	女	
住所	加東市	

- ①個人情報保護の観点より、個人名および個人が特定される情報の記載は避けること。
- ②0794-62-4921にFAX 又は ishikai@onokato-med.or.jp へ添付送信して下さい。
- ③送信後3日経っても返事がない場合は、センターに届いていない可能性も考えられますので、電話で着信の問い合わせを行って下さい(0794-62-5280)。

FAXの誤送信を受信された場合は、お手数ですが破棄をお願いします。