

() 市在宅医療・介護連携支援センター相談用紙

令和 年 月 日 ()

相談者		相談内容
所 属		
氏 名		
職 種		
連絡先		
TEL		
FAX		
メール アドレス 等		
対象者の情報		
年齢		
性別		
住所	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。