

「那覇市CKD対策病診連携」FAX連絡票

【送信先】

那覇市役所 特定健診課

保健指導グループ 宛

FAX: 862-4266

<連絡>

本日、 年 月 日

(医療機関名) _____、 _____ 先生に

患者さん _____ 名を紹介しましたので連絡します。

【送信元】

医療機関名

電話番号

FAX番号

※那覇市にFAが届きました際に、送信元に確認の連絡を入れることができます。

ご希望のものに丸をつけてください。

- 1、 電話での確認 2、 FAXでの連絡 3、 特に連絡は不要