

医療機関名（ ）御中

## 熊本総合病院 「在宅療養後方支援病院」 登録完了通知書

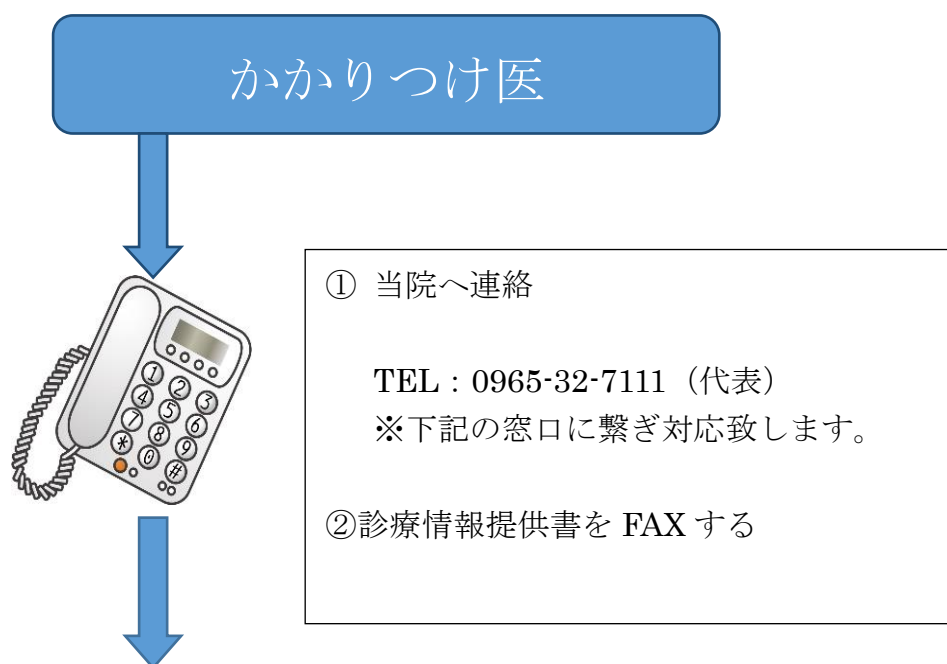
登録番号		氏名	
------	--	----	--

上記の患者様の登録が完了しましたのでお知らせ致します。

年 月 日

## 登録患者様の受診依頼

登録患者様の状態が入院による治療が必要と判断された場合は、下記の方法でご連絡ください。



対応時間	対応窓口	FAX 番号
8 : 30 ~ 17 : 00	地域医療連携室	0965-32-7207
17 : 00 ~ 8 : 30	救急外来	0965-34-2530