

患者氏名	患者住所
(フリガナ)  殿 (男・女)  生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	〒 —  電話番号 ( ) —
相談者氏名 (ご本人以外の方が申し込みする場合)	相談者住所
(フリガナ)  続柄 ( )	〒 —  電話番号 ( ) —
連絡先	
電話番号 ( ) — 携帯番号 ( ) — FAX ( ) —	
ご相談の具体的な内容	
入院または通院されている医療機関	
病院名 _____ 担当医 _____ 住所 _____ 電話番号 ( ) _____	

**FAX 送信先：053-411-0315**

〒 430-8525

浜松市中央区将監町25

浜松労災病院 地域医療連携室