

# ケアプラン FAX送信

送信先 : 浜松労災病院

F A X 053-411-0315

患者氏名 :

入院病棟 : 階 東 ・ 西

送信枚数 : 枚 (この用紙を含む)

事業所名

担当ケアマネージャー

連絡先

※この用紙は介護支援専門員がFAX送信するときのみお使いください。