

(様式 2-1)

ご紹介確認書

平成 年 月 日

_____先生御侍史

岩手県立中央病院 地域医療福祉連携室

TEL 019-653-1151 (内線 2191)

TEL 019-622-9996 (直通)

FAX 019-654-5052

この度は、
ありがとうございます。

様をご紹介いただき誠に

診療(検査)予定日は____月____日(曜日)____時____分
です。

紹介患者さんには別紙の「来院ご案内」をお渡しく
ださいますようよろしくお願いいたします。

なお、「来院のご案内」は受診時に受付へ提出して
いただいておりますので、お手数ですが、患者さん
には来院時にお持ちいただけるようお伝え
ください。