

医療機関各位殿

医療法人共生会
長崎友愛病院
理事長 茅野丈二

拝啓

時下、皆様にはますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび当院では、地域医療機関との連携と患者サービスの向上をより一層充実するため、患者紹介時の受け入れ申し込み依頼書を作成させていただきました。

つきましては当院へ患者様をご紹介いただく際には指定の書式（「受け入れ申し込み依頼書」）及び診療情報提供書をご準備のうえ下記宛ファックスにてお送りいただきたくお願い申し上げます。

また、ご不明な事項等ございましたら下記宛お問い合わせ願います。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

敬具

記

患者受け入れ申し込み依頼窓口： 長崎友愛病院 地域連携室
郵便番号 851-0401
住 所 長崎市蚊焼町 2314 番地 1
電話番号 095(892)0630
F A X 095(892)7774

以上