

情報交換連絡票（地域 → 大阪国際がんセンター）

送信日時	20		年		月		日		AM		:			PM		:				
To	大阪国際がんセンター TEL 06-6945-1181（代） FAX 06-6945-1780（入退院支援センター）																			
From	施設名：								記載者：											
	電 話：								F A X：											
患者氏名	(フリガナ)								様	生年月日			年		月		日			
	診療科									科	医師名									
返信	☐ 要 ☐ 不要																			