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：＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ：＿＿＿＿＿＿＿＿
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