富山大学附属病院

地域医療総合支援センター長　殿

常勤医師派遣についての相談　連絡票

医療機関名

貴院からの来訪者（役職・氏名）

相談年月日（すでに決定された日時をご記載ください）

相談先診療科

相談先担当者（役職・氏名）

相談内容

提出先

富山大学附属病院

地域医療総合支援センター

E-Mail　cechiiki@med.u-toyama.ac.jp

FAX　　076-434-5077

**本用紙を**

**E-Mailにてご提出ください。**