

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

貴院名

貴院からの来訪者（役職・氏名）

貴院から来訪された方

相談年月日（すでに決定された日時をご記載ください）

来訪される日

相談先診療科

来訪される診療科全て

相談先担当者（役職・氏名）

直接相談をした担当者（責任者）

相談内容

〇〇〇〇年度の常勤医師派遣について
詳細

本用紙を
E-Mailにてご提出ください。

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