

## 病診病病アンケートご協力のお願い

当院では、より一層、地域の医療機関の先生に信頼され、開かれた市民病院として成長させていただくため、「病診病病連携アンケート」を実施し、地域の先生方の声を反映すべく、ご意見を頂戴しております。

恐れ入りますが、回答にご協力賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、いただきました貴重なご意見は、情報の安全管理に努めるとともに目的以外の利用および第三者に開示することは一切ございません。

### 記

1. 期間：令和5年7月1日（土）～7月31日（月）まで
2. ご回答方法  
下記のいずれかの方法によりご回答をお願いいたします。  
(下記の QR コードまたは、下記のリンク URL)よりお進みください。



[https://  
www.iqform.jp/lswest/pc/enquete/2023/](https://www.iqform.jp/lswest/pc/enquete/2023/)

3. 本アンケートに関するお問合せ先  
神戸医市立医療センター西市民病院  
地域医療在宅支援室 青野・藤田・濱崎  
TEL576-5251（代）