**（様式2）**

開放病床申込書

神戸市立医療センター西市民病院　病院長　　　殿

（地域医療在宅支援室）

連携医氏名

登録番号

医療機関名

電話番号

ＦＡＸ番号

１　　共同診療患者名

２　　診療科名

３　　特記事項

来院の際は、地域医療在宅支援室にお立ち寄りいただき、来院手続きをお願い致します。

（神戸市立医療センター西市民病院　病診連携室　　ＦＡＸ　078-579-1943）

申込日

　　　　年　　　　月　　　　日