

協力透析医療機関紹介回答書

令和 年 月 日

(医療機関名) 御中

群馬県健康福祉部感染症・がん疾病対策課

依頼のあった患者について、下記の医療機関から回答をいただきました。

受診にあたっては、下記の医療機関へ患者情報・受診希望日などの情報提供を行うほか、患者に対して診療情報提供書（様式第5号）または同等内容の診療情報提供書を発行してください。

記

医療機関名	
住所	
電話番号	
連絡担当者	