

独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター
訪問看護ステーションさいがた 申し込み書

ご依頼医療機関：

住所：

電話：

FAX：

担当者：

ふりがな

《利用者》氏名： 男 女

生年月日：T・S・H 年 月 日

住所：

電話：

《保護者》氏名： (続柄)

住所：

電話：

医療保険の種類 国保 社保 生保 他 ()

自立支援医療 なし あり (上限： 円)

※問い合わせ事項などありましたらご記入ください。

申し込み書と病歴が分かるものを添付し下記まで送付してください。

独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター

訪問看護ステーションさいがた

電話：025-534-3131

FAX：025-534-3130

電話受付時間：9：00～17：00