

Q & A ・ 要望シート

<p>連絡先</p>	<p>医療機関名： <input type="checkbox"/> 安佐市民病院 FAX：082-815-5533 <input type="checkbox"/> 広島共立病院 FAX：082-879-1146 担当部署／担当者：</p>		
<p>患者ID</p>	<p><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> K</p>		
<p>質問／要望</p>	<p><input type="checkbox"/> 至急 <input type="checkbox"/> ご確認ください <input type="checkbox"/> ご返信ください</p> <p>_____ について確認したい</p>		
<p>質問日</p>	<p>年 月 日</p>	<p>質問者</p>	<p>医療機関名 担当者： FAX：</p>
<p>医療機関 担当者</p>			
<p>回答日</p>	<p>年 月 日</p>	<p>回答者</p>	<p><input type="checkbox"/> 安佐市民病院 <input type="checkbox"/> 広島共立病院 担当部署／担当者： FAX：</p>