令和　　　年　　　月　　　日

心不全に係る地域連携ツール追加申請書

　心不全に係る地域連携体制構築事業検討委員会　御中

　心不全に係る地域連携ツールを、下記のとおり追加申請いたします。

記

◇ 希望ツール ◇

|  |  |
| --- | --- |
| 心不全手帳 | **部** |
| かかりつけ医判断チェックシート | **部** |

◇ 送付先情報 ◇

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 送付先住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL： |
| 担当者（担当課） |  |

＜提出先＞沖縄県医師会　業務1課

〒901-1105　南風原町字新川218-9

TEL：098-888-0087／FAX：098-888-0089

E-mail：g1@okinawa.med.or.jp