様式２

この用紙のみ送信してください

ＦＡＸ：０８２－２２８－５２５６

**紹介・受診受付報告書**

広島県健康福祉局疾病対策課精神保健グループ　行

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 業務報告日 | 患者紹介の件数 |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | 件 |
| 受診された件数（紹介によるもの） |
| 件 |
| 備考欄 |