（様式７）

入院予約検討結果連絡票

　　　年　　月　　日

紹介医療機関

登　 録 　医　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生侍史

ご紹介いただきました　　　　　　　　　　　　　　様の入院申込みにつきま

しては、下記の理由により予約を受付けできませんので、お知らせいたします。

記

豊橋市民病院　地域連携室

〒441-8570　愛知県豊橋市青竹町字八間西50番地

電話 0532-33-3013 　FAX 0532-33-3037