

この用紙のみ送信してください

FAX : 082-504-2256

かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書

令和 年 月 日

広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課 行

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

紹介された日	紹介された 件 数	紹介された 医療機関件数	備 考
令和 年 月 日	件	件	

※ かかりつけの医師からの紹介を受けた場合、この報告書に記入して随時FAXでお知らせください。

※ 様式（WORD版又はPDF版）は、広島市のホームページ

（<https://www.city.hiroshima.lg.jp/site/utsu-jisatsu-taisaku/15779.html>）からダウンロードできます。