
労災様式送付依頼書

F A X送付枚数 _____枚 送信日 _____年 _____月 _____日

送付先

海南病院 医事課

F A X番号 0 5 6 7 - 6 7 - 3 6 9 7

以下の患者の労災の様式について送付願います。

| カルテ番号 (ID 番号) | 患者氏名 | 生年月日 (和暦) |
|---------------|------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

調剤薬局名 _____

F A X番号 _____

電話番号 _____