（様式１０）

開放型病床退院報告書

　　　年　　月　　日

紹介医療機関

　　登　 録 　医　　　　　 　　　　　先生（登録医番号　TS 　　　 ）

　このたび、先生からご紹介いただき開放型病床に入院された患者さまが、下記のとおり退院されましたので、ご連絡いたします。

　　　　紹介患者氏名　 様

　　　　退　 院 　日　　　　　　　年　　月　　日（　　）

その他詳細につきましては、下記までお問い合わせください。

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（直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX 0532-33-3037（専用）