令和　　年　　月　　日

**神戸労災病院　栄養指導**

**予約申込書兼診療情報提供書**

**FAX送信先：０７８－２３１－５９２６　地域医療推進室**

お問い合わせは、電話：０７８－２３１－５９２５までお願いします。

神戸労災病院

担当管理栄養士宛て

医療機関名：

医師名：

電話：　　　　(　　　　　)　　　　　　－

FAX：　　　　(　　　　　)　　　　　　－





**※１**　よろしければ貴院での血液検査結果を添付してください。

**※２**　継続的に実施してよろしければ、当院で次回以降のご予約をお取りします。保険請求は初回

実施と同じくご紹介元でしていただき、当院実施費用はご紹介元へ請求させていただきます。