

ご相談FAXシート

FAX番号：042-561-2547

医療・介護従事者用

リハビリテーションに関するご相談等は、このFAXシートに必要事項をご記入いただき、FAXでお送りください。送付状は不要です。必要時、ご質問の内容をお電話等で確認させていただく場合があります。相談内容のお返事までに多少時間がかかる場合があります。予めご了承ください。

ご連絡してくださっているかたについてうかがいます

連絡者名	
所属機関	
業務職種 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> その他の在宅サービス事務所 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 障害者施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
所在地	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

ご相談したい方についてうかがいます

年齢	<input type="checkbox"/> 10歳代 <input type="checkbox"/> 20歳代 <input type="checkbox"/> 30歳代 <input type="checkbox"/> 40歳代 <input type="checkbox"/> 50歳代 <input type="checkbox"/> 60歳代 <input type="checkbox"/> 70歳代 <input type="checkbox"/> 80歳以上
ご相談内容	

宛先：北多摩西部地域リハビリテーション支援センター
住所：武蔵村山市学園2-37-1 TEL：042-561-1254
独立行政法人国立病院機構 村山医療センター地域医療連携室