資料７－２

習志野市医師会　事務局　　行

ＦＡＸ：０４７－４５２－６０１０

心不全手帳希望冊数　調査票（習志野市）

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望冊数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿冊

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問合せ：習志野市医師会　０４７－４５２－６７６６

資料７－２

ひまわりネットワーク事務局　　行

ＦＡＸ：０４７－４３６－２８８５

心不全手帳希望冊数　調査票（船橋市）

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

希望冊数＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿冊

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当部署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

問合せ:地域包括ケア推進課　０４７－４３６－２３５４