

(様式 9)

受診可能な医療機関リスト

(月 日 : 現在)

| 医療機関名 | 所在地 TEL・FAX | 主な診療科 |
|-------|----------------|-------|
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |
| | TEL FAX | |