

(様式 5)

「このとりマリーン基金」患者相談員助成申請推薦状
(メディカルソーシャルワーカー)

記入年月日 年 月 日

患 者 名 _____

患者生年月日 _____

病 名 _____

発病後の患者・家族の経済状況、基金を受けなければならない理由等を具体的にお願いします。

病 院 名 _____

部 署 _____

担当者名 _____ (印)

TEL _____

FAX _____

※直通番号があればお願い致します。

【収入条件が満たされているか、まずご確認くださいますようお願いいたします】

2020