

(様式3)

「こう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 20 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)

問合せ用メールアドレス _____

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、まずご確認いただきますようお願いいたします】

2021.12