

紹介患者様予約申込書

年 月 日

受診希望日	紹介元 医療機関名
第1希望 月 日	所在地 〒 -
第2希望 月 日	医師名
	TEL - - FAX - -

ご希望の科に☑をつけて下さい。

- 内科 外科 整形外科 小児科 皮膚科
 眼科 産婦人科 泌尿器科 耳鼻いんこう科
 ()

※ 精神科・脳神経外科は予約診察を受けておりませんのでご了承下さい

受診者名	フリガナ	男	T E L
		女	- -
	生年月日	M · T · S · H · R	年 月 日 歳
住所	〒 -		

- ≪ 受付部署 ≫ 地域医療連携課 (TEL) 0587-97-2759 (FAX) 0587-97-3833
 ≪ お申し込み ≫ 紹介患者様予約申込書、診療情報提供書をFAXでお送り下さい
 ≪ 受診日時のご連絡 ≫ お申し込みいただいたご希望日に沿って日時を決定した後、折り返し「受診予約票」をFAXでお送りしますので、患者様にお渡し下さい
 ≪ お問い合わせ ≫ お電話にてご連絡下さい

※ 受付時間 : 平日 8:30 ~19:00 (土・日・祝日を除く)