

紹介患者予約申込書

中津川市民病院医療連携室 宛

FAX : 0573-62-4012

申込年月日 : 年 月 日 午前・午後 時 分

(紹介元医療機関にて記入)

紹介元医療機関名 _____ 病院・医院 担当診療科 _____ 科
電話 _____ () _____ 担当医師名 _____
FAX _____ () _____

フリガナ		性別	旧姓 (以前受診のある方)
氏名	様	男・女	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	当院受診歴の有無 [有 無]	
住所	〒		
電話	【自宅】 ()	【携帯】	

診断名または症状	
----------	--

希望診療科	科		
希望される医師	医師		
受診希望日	第1希望	年	月 日
	第2希望	年	月 日
	第3希望	年	月 日

※ 受付時間は、平日午前8:30～午後7:00までとなります。(土曜日は午前9:00～12:00)

当日の受付分は、30分以内にご回答させていただきます。

休日・時間外でのお申し込みの場合は、翌平日の午前中に回答させていただきます。

※ この度は、ご紹介いただき、誠にありがとうございます。
この申込書を病診連携室までFAXして下さい。折り返しお電話させていただき、その後予約票をお送りいたします。出来る限り、お待たせしないよう努めてまいります。
今後ともよろしく願い申し上げます。

総合病院 中津川市民病院
医療連携室 電話 0573(62)4011