

特定医療法人社団みゆき会 みゆき会病院地域医療連携室

(FAX 023 - 673 - 1523)

予約申込書

平成 年 月 日

医院名 様 TEL ()


担当医師名 先生 FAX ()

予約希望日時		年	月	日	時頃
希望診療科及び希望担当医					
整形外科 / 内科			医師名		
ふりがな					
患者氏名		様 (男・女)		明・大・昭・平	年 月 日
〒 -					
住所			TEL - -		
紹介目的	診察 手術 入院 転医 検査(
	リハビリテーション その他(
その他					
保険情報	被保険者番号 記号		番号		本人・家族 (割) 資格取得年月日 . .

ご希望時間は、午前が9:00～12:00、午後は15:00～17:30でご記入ください。

15分以内に折返し予約票をFAX致しますので患者様にお渡し下さいますようお願いいたします。
また、送信されない場合はお手数ですが当院まで御連絡お願い致します。

----- きりとりせん -----

様 予約票
予約日時は平成 年 月 日() 時 分です
<p>患者様は、受付に紹介状とこの予約票をお出してください。 なお、保険証その他の医療受給者証は必ずご持参ください。 どうぞ、お気をつけておこしてください。</p>
<p> 特定医療法人社団みゆき会 みゆき会病院地域医療連携室 TEL 023 - 672 - 8282 担当</p>