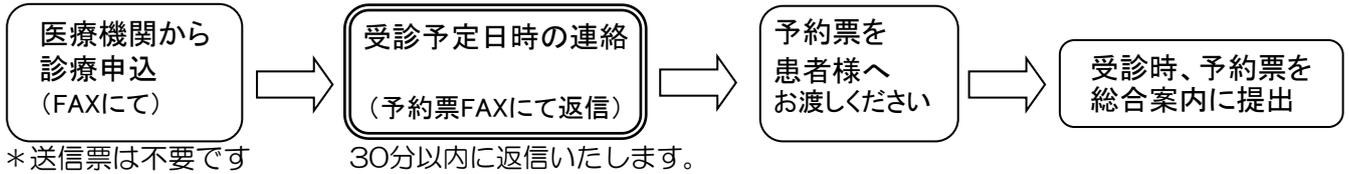


診療予約申込書(市立秋田総合病院)

(FAX 018-866-7169)



紹介元医療機関名

名 称		T E L	
医 師 名		F A X	
住 所			

下記の患者を紹介します。

市立秋田総合病院受診歴 【 有 ・ 無 】

科

医師宛

紹介目的 (*紹介状のFAXをお願いします。同送の場合は以下の欄は記入不要です。)

(フリガナ)		男	生 年 月 日	
患者氏名	旧姓があればお知らせください ()	女	大 昭 平 令	年 月 日
住 所	〒 -		電話番号	- -

受診希望日 (第1) _____ 月 _____ 日 () 曜日

受診希望日 (第2) _____ 月 _____ 日 () 曜日

受診希望日 (第3) _____ 月 _____ 日 () 曜日

- ◎ 指定された医師が不在の際は、他の専門医師が責任を持って診察させていただきます。
- ◎ 旧姓や住所などお問い合わせさせていただく場合もございます。
- ◎ 時間外で受信したFAXについてのご連絡は、翌対応時間となります。

秋田市川元松丘町4番30号
市立秋田総合病院 地域医療連携室
TEL (018) 883-4406 FAX (018) 866-7169
月~金曜日 8:30~17:00 (土日祝祭日休)