

申込年月日 平成 年 月 日

< 診察予約申込書 >

医療機関名 及び 医師名	(☎) (FAX)		
当院への 希望事項	1. 診察希望日 ※当日の予約はお受けできません ① 平成 年 月 日 (曜日) ② 平成 年 月 日 (曜日) ③ 特になし 2. 診察希望医師 ① 医師 ② 特になし		
主傷病名	※紹介状と申込書を併せてFAX送信できない場合は、必ず主傷病名を記入してください		
紹介状	申込書に添付 ・ 後で送信 (診察日の前日16:00までにFAX送信をお願いします)		
患者氏名	フリガナ	性別	当院受診歴
		男・女	あり・なし
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (満 歳)		

※ 診察予約申込は平日の 9時～16時30分 までをお願いします。



新潟手の外科研究所病院 地域連携室

☎ 0254-27-0027 (直通)

FAX 0254-27-0029 (専用)