

紀南病院用

申込日 年 月 日

診療予約申込書 (FAX 用)

| | |
|--------|-------------|
| ご紹介患者様 | |
| ふりがな | |
| ご氏名： | 性別： 男 ・ 女 |
| _____ | |
| 生年月日： | 年 月 日生 年齢 歳 |

*初めて紀南病院にかかる方は、住所と電話番号をご記入ください

住 所： _____

電話番号： _____

| | |
|--------------|-------------|
| 希望受診科 | 希望医師名 (あれば) |
| 傷病名 | |
| ご紹介目的 | |
| 受診ご希望日 (あれば) | |

| |
|--------|
| 貴医療機関名 |
| 貴医師名 |

紀南病院 地域連携室 FAX 05979-3-1301 へ

〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750

電話 05979-2-0500 (直通) または 1333 (代表)