

面 談 申 込 書

平成 年 月 日

医療法人永寿会 恩方病院長 殿

下記のとおり面談を申し込みます。

本書送付先： 〒192-0153 東京都八王子市西寺方町105番地

医療法人永寿会 恩方病院 医事課 文章受付担当あて

FAX: 042-651-3412

申込者	会 社 名			
	担 当 所 属 氏 名			
	連 絡 先	Tel ()	Fax ()	
	面 談 希 望 日	第1希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	第2希望 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
対象患者名等	ヨ ミ ガ ナ 氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日生		
	同 意 書 の 有 無	有 ・ 無	※ 当日原本を提出してください	
面談内容をあらかじめ ご記入ください		面談を希望する医師名 : 面談を希望する、入院・通院期間 (カルテの保存期間の関係があるため) : 年 月 日 ~ 年 月 日		

病院記載	医師確認日	/	確認者		医師指示	月 日 () 時 分
	面談日等の連絡	/	連絡者		面談時間	: ~ : (分)