

医誠会病院 医局秘書 宛
 FAX:06-6379-1211
 TEL:06-6326-1121(代表)
 〒533-0022
 大阪市東淀川区菅原6丁目2番25号

医師面談申込書

(申込日) 年 月 日

申込先	診療科名								
	医師名								
申込者	会社名								
	所属・役職								
	氏名								
	連絡先	[会社]	()	[携帯]	()				
	面談希望日時	第一希望	年	月	日	時	分	～	時
第二希望		年	月	日	時	分	～	時	分
第三希望		年	月	日	時	分	～	時	分
対象患者	氏名	(フリガナ)							
	住所								
	生年月日	明治・大正	年	月	日				
	当院受診期間	昭和・平成	年	月	日	～	年	月	日
※ 同意書を当日持参下さい。面談終了後は面談料精算時、会計に提出をお願いします。									
質問事項	・								
	・								
	・								
	・								
	・								

..... < 当院記載欄 >

担当者									
医師回答	面談	可 (面談 ・ 文書回答) ・ 否							
	備考	可(面談)	年	月	日	時	分	～	時

担当者から先方への連絡	年	月	日
-------------	---	---	---