

医療法人新生十全会京都ならびがおか病院 宛

FAX : 075(864)2013



面談申込書

※太線内に必要事項をご記入の上、上記FAX番号へお送り下さい。

【申込者・面談者様】

氏名	ふりがな	所属	本人様とのご関係 ( )
ご住所		連絡先	

【面談希望日時】 ※ 医師側の予定が合わない場合は、面談可能日時をこちらからご提示致します。  
※ 1回30分程度で お願いしております。

①第1希望	②第2希望	③第3希望
年 月 日	年 月 日	年 月 日
時 分 ~ 30分間程度	時 分 ~ 30分間程度	時 分 ~ 30分間程度

医師名	
-----	--

【対象患者様】

氏名	フリガナ	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生
----	------	------	---------	--------

【質問内容】 ※予めご記入下さい
