

面談申込書

平成 年 月 日

等潤病院 面談担当者 (医療補助課) 宛

FAX 03-3858-9339

| | | |
|-------------------|-----------------------|---|
| 申 込 者 | 会 社 名 | |
| | 所 属 ・ 役 職 | |
| | 担 当 者 氏 名 | |
| | 連 絡 先 (TEL) | 会社 携帯 |
| | 面 談 希 望 日 時 | 医師の都合が合わない場合、面談可能日時をこちらからお知らせします。 ① 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 ② 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 |
| 申 込 先 | 診 療 科 名 | |
| | 医 師 名 | |
| 対 象 患 者 | フリガナ名 | (診察券番号) |
| | 住 所 | |
| | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 |
| | 対 象 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
| | 同 意 書 の 有 無 | 有 ・ 無 (当日原本を提出して下さい。) |
| 質問内容をあらかじめご記入下さい。 | ① ② ③ ④ ⑤ | |
| 当 院 使 用 欄 | 面談日時 年 月 日 () 時 分 ~ | |