

札幌禎心会病院 頭頸科 予約申込書

札幌禎心会病院 地域医療支援センター 連携室 行

* 外来診察は、お電話のみでも予約可能です。予約受付時間：月～金 9:00～17:00
時間外や休日に申し込みの場合は、予約申込書に記載のうえ、FAX送信願います。
翌日または週明けに当院よりご連絡致します。

TEL:011-712-0920 FAX:011-712-1145

◎頭頸科 外来診察依頼 入院依頼

近藤 敦 医師 小柴 茂 医師

◎受診希望日

なし あり 月 日 AM / PM

*フリガナ

◎患者氏名 _____ 様 性別 男・女

◎生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日

◎電話番号 _____

◎住所 _____

* お急ぎの場合は、住所は記載なしでも申込可。

ご依頼元医療機関名 _____

御担当者様

所属:

氏名:

電話番号

(_____)

—

FAX番号

(_____)

—