面 談 申 込 書

　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 年 　 月 　日

市立輪島病院長（医事係気付）様

次のとおり面談を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者  | 会 社 名  |   |
| 担 当 者 氏 名  |   |
| 連 絡 先（TEL）  |   |
| 返 答 先（FAX）  |   |
| 面談希望日等  |   |
| 申込先  | 面談希望診療科  |   |
| 医 師 名  |   |
| 患者の氏名等  | フ リ ガ ナ  |   |
| 氏 名  |   |
| 住 所  |   |
| 生 年 月 日  |   |
| 面談希望対象期間又は対象傷病名等 ※できるだけ詳しく記入して下さい |      |
| その他  | 面談料支払方法  | 現金払い ・ 振込み  |

# （ＦＡＸ先）市立輪島病院医事係 FAX０７６８－２２－６５９８