

電話・FAXによる予約申込書（能代山本医師会病院）

平成 年 月 日

紹介元医療機関名称 (発 信 者)		〒 ー	
		TEL : ()	FAX : ()
予 約 内 容	診 察	科	外 来 ・ 入 院
紹 介 目 的			
希 望 日 時		平成 年 月 日	
フ リ ガ ナ			
受 診 者 氏 名		男 ・ 女	
生 年 月 日		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 (歳)	
現 住 所		TEL : ()	

※ 貴院の診療情報提供書や紹介状をご利用いただいても結構です。

(誤送信には十分ご注意ください)

これより下は事務の方からご記入していただければ幸いです。

保 険 者 番 号		被 保 険 者 名	本人・家族
記 号 ・ 番 号		負 担 割 合	3割・1割
有 効 期 限			
資 格 取 得			
公 費 負 担 者 番 号			
公 費 受 給 者 番 号			

※ 貴院の外来カルテの保険者番号情報をFAXしていただいても結構です。

地域医療連携室

TEL 0185-58-3376

FAX 0185-58-3561

E-mail renkei@ny-ishikaihp.jp