

電話・FAXによる予約申込書（能代山本医師会病院）

令和 年 月 日

紹介元医療機関名称 (発 信 者)	〒 ー	
	TEL: ()	FAX: ()
診 療 科	歯 科 口 腔 外 科	
紹 介 目 的	○診察 ○検査 ○治療 ○その他	
希 望 日 時 (ご希望に添えない場合もございます)	令和 年 月 日 ~ 月 日	
フ リ ガ ナ		男 ・ 女
受 診 者 氏 名		
生 年 月 日	大・昭・平・令 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。

※ 可能であれば、紹介状の写しを一緒にFAX願います。

(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	
記 号 ・ 番 号	
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。

(歯科口腔外科直通) TEL 0185-58-3382

(地域医療連携室直通) TEL 0185-58-3376

(病院代表) FAX 0185-58-3561