

F A X 予 約 診 療 申 込 書

年 月 日

紹介元医療機関 様

受診希望診療科

希望医師名

所在地

医療機関名

ご担当医

受診希望日

第1希望日	月	日
第2希望日	月	日

TEL

FAX

【担当者

】

フリガナ		住所 〒	-
患者氏名	様	男・女	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)	電話	- -
保険者番号		公費負担番号	
記号	番号	受給者番号	第1公費
被保険者との続柄	本人 ・ 家族	公費負担番号	第2公費
		受給者番号	

傷病名	
ご紹介目的	

〒087-8686 根室市有磯町1丁目2番地
 市立根室病院 地域医療連携室
 TEL 0153-24-3201 (内線: 2162)