

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

所在地

希望医師名

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			電話	-	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)		
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		
				受給者番号	第2公費	

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)