

受診予約申込書

FAX番号 0898-76-1267

送付先
西条市立周桑病院 地域医療連携室 行
TEL 0898-76-1266 FAX 0898-76-1267

年 月 日

医療機関名

電話番号

Fax番号

医師氏名

(担当:)
(本紙含め 枚 送信)

フリガナ 患者氏名		性別	男 女
生年月日	年 月 日	歳	
住所			
電話番号			

保険者番号			
記号・番号		枝番	
被保険者名		区分	本人 家族
負担割合	1 2 3 割	資格取得日	年 月 日
公費(1)			
公費(2)			
交通事故 ・ 労災 ・ 生保 ・ その他()			

受診科	科 医師名		
受診希望日	第一希望	月 日	曜日
	第二希望	月 日	曜日
	いつでも可	その他	

* 診療情報提供書の添付をお願いします。

【お問い合わせ先】
西条市立周桑病院 地域医療連携室
Tel 0898-76-1266(直通) Fax 0898-76-1267