荒尾市立有明医療センター　医事課　宛

FAX （0968-64-1260）

TEL （0968-63-1115）

面談申込書

申込者	会社名			
	所属			
	氏名			
	連絡先（TEL）			
	面談希望日	※医師側の予定が合わない場合、面談可能日等をこちらから提示いたします。		
		①　年　月　日	②　年　月　日	③　年　月　日
		時 ～ 時の間	時 ～ 時の間	時 ～ 時の間
申込先	診療科名	科		
	医師名	医師		
対象患者	（ふりがな）	（　）		
	氏名			
	生年月日	M ・ T ・ S ・ H ・ R　　年　月　日		
	対象期間	年　月　日 ～　年　月　日		
	同意書の有無	有 ・ 無 （同意書を当日提出いただけない場合は面談をお受けできません。）		
質問内容をあらかじめ列記してください。		① ② ③		

事務使用欄

医事担当	
ブロック受付	