

予約申込書（医療機関用）

総合病院 聖隷浜松病院 地域医療連絡室
 TEL 0120-107-352
 FAX 0120-107-362

| | | |
|---------|------------------------------------|-----|
| フリガナ | | 性別 |
| 患者氏名 | | 男・女 |
| 生年月日 | (大正・昭和・平成・令和) 年 月 日 | |
| 住所 | 〒 | |
| 電話番号 | - - 自宅・本人携帯・家族携帯(続柄) | |
| 相談者 | 本人・家族(続柄) | |
| 希望日 | ① 月 日 / ② 月 日 / ③ 月 日 | |
| 紹介医療機関名 | 施設名： 住所： TEL： / FAX： 担当者： | |

○ 各医療機関で記入後、地域医療連絡室へFAXして下さい。