

聖隷沼津病院【歯科口腔外科】 紹介患者予約申込書



FAX 055-952-1083(直通)

TEL 055-952-1082(直通)

●申込方法

- ① この用紙にご記入いただき、紹介状と一緒に上記連携室にFAXを送信してください。
- ② FAX送信後、お電話ください。
- ③ 予約日の調整後、貴院宛にFAX致します。 ※患者様のご自宅への郵送も可能です。

依頼病院 診療所名			
依頼医師氏名			
連絡先	FAX	TEL	

●患者情報

フリガナ			
氏名	男 ・ 女		
生年月日	T ・ S ・ H	年	月 日
住所	〒 — —		
TEL	自宅	—	—
	携帯	—	—

	第一希望日	第二希望日	第三希望日
希望日	/ ()	/ ()	/ ()
	9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・ 10:30 ・ 11:00 ・ 11:30		

※受診希望日が特にない場合は最短でのご予約をお取りさせていただきます。