

医師面談申込書

鳥取市立病院長 様
(患者サポートセンター 宛)

令和 年 月 日

次のとおり、医師面談を申し込みます

申込者	会社名	
	面談申込者氏名	
	連絡先電話番号	
	連絡先 FAX番号	
	連絡先 メールアドレス	
申込先	面談希望診療科及び医師名	科 医師
患者情報	患者氏名フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
希望日時	① 年 月 日 時 分 ~ 時 分 ② 年 月 日 時 分 ~ 時 分 ③ 希望なし	
面談事項		

※ 面談が決定した場合は、患者の診療情報提供にかかる同意書を当日必ず持参願います。

鳥取市立病院 患者サポートセンター
FAX 0857-37-1587