

<FAX送信用>

平成 年 月 日

紹介患者用 外来診療申込書

雄勝中央病院

科

先生

診療科指定なし() 診察医指定なし() 該当の場合は○印をしてください

紹介元医療機関名

紹介医師名

<患者情報>

ふりがな		男	生年月日	M T S H
受診者名		女	年	月 日
住所	TEL ()			
受診希望日時	平成 年 月 日()午前・午後 :			
受診希望日未定の方	⇒○印をしてください() 患者様からご希望日時をご連絡ください。日時調整いたします。			

<通信欄>

JA秋田厚生連 雄勝中央病院 医療連携室
〒012-0055 秋田県湯沢市山田勇ヶ岡25
TEL 0183-73-5000(代表)内線6390
医療連携室専用FAX 0183-73-7005
(8:30~17:00)
救急外来専用FAX 0183-73-8160