

庄原赤十字病院紹介予約申込書(FAX用) 様式1-1

* お手数ですが、別途診療情報提供書(紹介状)をご用意ください。

ふりがな			
患者氏名			女性
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 才
住 所	〒 - TEL() -		
受診希望診療科	産婦人科		_____ 医師
受診希望日	令和 年 月 日() ※初診の方は、月・火(第1・3)・水・金 のみとさせていただきます。		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 妊婦健診 <input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕		
・コメント(簡単で結構です)			
病院・医院名 _____ TEL () -			
医師氏名 _____ FAX () -			

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います。

庄原赤十字病院 地域医療連携室

直通 TEL 0824-72-3283(平日 8:30~17:00)

// FAX 0824-72-3326(平日 8:30~17:00)

上記時間帯以外 TEL:0824-72-3111 FAX:0824-72-3576

地域医療連携室 FAX 番号 0824-72-3326
