

面談申込書

令和 年 月 日

くしもと町立病院長 様

下記のとおり面談を申し込みます。

申 込 者	会社名			
	所属・役職			
	氏名			
	連絡先	住所	〒	
		電話		
面談希望日時 ※都合の悪い日があれば③の欄に記入してください	①	令和 年 月 日	時 分～	時 分
	②	令和 年 月 日	時 分～	時 分
	③	希望なし		
申込先	診療科名			
	医師名			
対 象 患 者	ふりがな 氏名			
	住所			
	生年月日	M・T・S・H・R	年 月 日	
	対象期間	年 月 日～	年 月 日	
	同意書の有無	有 ・ 無 ※当日提出いただけない場合は面談に応じかねます。		
質問内容をあらかじめご記入ください。				

病院欄	医師サイン	面談可能日	場所	コメント
		可能日に○ ① ② 上記以外 / 時 分		

本申込書受領後、医師と調整の上、日時を事務担当者よりお電話にてご連絡いたします。
なお、医師側の予定が合わない場合は、医師の予定に合わせ日時を決めさせていただきます。

送付先：〒649-3510 和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台 691-7
くしもと町立病院 総合受付あて TEL:0735-62-7111 FAX:0735-67-7200