

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