

診察予約申込書
南部郷厚生病院 地域連携室宛て
FAX 0250-58-8788 TEL0250-58-6111

紹介元医療機関名 _____

紹介医師氏名 _____

TEL _____ FAX _____

診療希望科 _____ 診療希望日 _____

<患者様基本情報>

氏名 _____ 男・女 生年月日 _____

住所 _____

<保険情報>

保険番号 _____ 被保険者証記号番号 _____

(被保険者との続柄 本人・家族) _____

公費負担者番号 _____ 公費受給者番号 _____

< 当院受診歴 有・無・不明 >

< 来院手段 自家用車・救急車・福祉車両・その他 >

<その他、特記事項>

〒959-1765
五泉市愛宕甲2925番地2
南部郷厚生病院 地域連携室
TEL:0250-58-6111
FAX:0250-58-8788