

申込年月日 平成 年 月 日

<診察予約申込書>

医療機関名 及び 医師名	(☎) (FAX)	
当院への希望 事項	1. 診察希望日 ①平成 年 月 日 (曜日) ②平成 年 月 日 (曜日) ③特になし 2. 診察希望医師 ① 医師 ②特になし	
当院来院歴	(有 ・ 無) ID :	
フリガナ		性別
患者氏名		男性 女性
生年月日	(M・T・S・H) 年 月 日生 (歳)	

* 診療情報提供書と一緒に FAX 送信をお願い致します。

* 診察予約申込は診療日の9時～16時30分までをお願い致します。



新潟手の外科研究所病院 地域連携室

☎ 0254-27-0027 (直通)

FAX 0254-27-0029 (専用)