

# F A X 予 約 申 込 書

★FAX 受付時間：月～金曜日 9:00～16:30

(時間外・土日祝日のFAX受付の返信は、翌外来診療日となります)

送信先	新津医療センター病院 地域連携相談センター TEL 0250-24-5311 (代表) FAX 0250-25-1323 (直通)
-----	--

送信元	紹介医療機関			
	医師名	(貴施設担当者： ) 様		
	TEL		FAX	

病名または症状				
受診科・希望医師	科		医師	
受診希望日	① 令和 年 月 日 ( 曜日)			
	② 令和 年 月 日 ( 曜日)			
	③ 令和 年 月 日 ( 曜日)			
	④ いつでも可能 ( )			

新津医療センター病院 受診歴	有 (ID: ) ・ 無 ・ 不明
紹介状持参	有 ・ 無

(フリガナ)	
氏 名	
生年月日・年齢・性別	大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 才) 男・女
住 所	〒 —
電話番号	

当日受診依頼は、地域連携相談センターへご連絡ください

申込年月日 令和 年 月 日

令和7年4月作成