

秋田県立循環器・脳脊髄センター地域連携患者支援室 宛
直通 F A X : 018-833-0268

診療申込書 (FAX送付票)

● 貴院情報			
医療機関名		医 師 名	
TEL		FAX	

● 受診希望診療科		● 診察希望日	
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	第一希望	月 日 ()
<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 脊髄脊椎外科	第二希望	月 日 ()
		第三希望	月 日 ()
		その他	

● 患者情報			
フリガナ 患者氏名		生年月日	年齢
郵便番号		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
電話番号			

- ◎ 診療情報提供書を一緒に F A X 願います。
- ◎ 診療情報提供書に記載のある項目については、重複記載は不要です。

※ 予約受付時間 (平日9時~17時) 外のお申込みについては翌診療日の対応となります。

秋田県立循環器・脳脊髄センター
【地域連携患者支援室】

〒010-0874

秋田市千秋久保田町6番10号

【TEL】 018-833-0115 (代表)

【FAX】 018-833-0268 (専用)

※予約受付時間 9時~17時