高山赤十字病院　面談担当者（医事課）宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（別紙1）

**FAX：0577-32-1170**

面　　談　　申　　込　　書

※太枠内に必要事項をご記入の上、上記FAX番号へお送りください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　申　込　書 | 会社名 |  |
| 所属・役職 |  |
| 氏名（面談者） |  |
| 連絡先 | 住所： |
| 電話：　　　　　　　（　　　　　）　　　　　　　FAX：　　　　　（　　　　　） |
| 面談希望日 | ①　　　　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　　分 |
| ②　　　　　　　年　　　　月　　　　　日　　　　　　時　　　　分　～　　　　時　　　　　分 |
| ③希望無し |
| 申込先 | 面談診療科 |  |
| 医師名 |  |
| 　　対　象　患　者 | 氏名 | （診察券番号：　　　　　　　　　　） |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 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。 |  |

〔病院記入欄〕

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 面談医師 | 事務担当 | 面談日時 | 場所 | 備考 |
|  |  | 年　　　　月　　　　日～　　時　　　　分　～　　　　時　　　　分 |  |  |
| 担当者から先方への連絡 | 年　　　　月　　　　　日　　　　□　電話　　　　・　　□　FAX |