

様式1

F A X 初診予約依頼票（診療申込書）

申込日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名	(旧姓)	男・女	年 月 日
受診歴	有・無	当院ID番号	※受診歴のある方はID番号をご記入ください。
フリガナ			
住所	〒		
電話番号	()		
受診希望診療科	科		
紹介目的	※診療情報提供書のFAXをお願い致します <input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> その他 () 現在貴院に <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中		
受診希望担当医	※指定があればご記入ください。		
受診希望年月日	年 月 日 ()		
御紹介元 医療機関名			
TEL			
FAX			

三重中央医療センター 地域医療連携室 FAX 059-259-0771