

紀南病院用

申込日 平成 年 月 日

診療予約申込書 (FAX 用)

ご紹介患者様	
ふりがな	
ご氏名：	性別：男・女

生年月日：M・T・S・H	年 月 日生 年齢 歳

*初めて紀南病院にかかる方は、住所と電話番号をご記入ください

住 所：_____

電話番号：_____

希望受診科	希望医師名 (あれば)
傷病名	
ご紹介目的	

ご希望日 (あれば)	

貴医療機関名

貴医師名

紀南病院 地域連携室 FAX 05979—3—1301 へ

〒519-5293 三重県南牟婁郡御浜町阿田和 4750

電話 05979—2—0500 (直通) または 1333 (代表)