

令和 年 月 日

紹介患者用 外来予約FAX申込書

FAX 番号 0185-54-8894

能代厚生医療センター _____ 科 _____ 先生

紹介医療機関の 所在地 _____

名称 _____

紹介医師名 _____ 先生

電話番号 _____ FAX _____

フリガナ						
受診者名	様	男・女	生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生	() 歳
住所						
電話番号				職業		

受診希望日 令和 年 月 日 ()

紹介目的

※診療情報提供書を作成済みでしたら同送お願い致します、その際この欄は記載不要です。

※待ち時間短縮の為事前にカルテを準備しますので保険情報等の提供をお願いします。
(保険証等のコピーでも結構です。)

保険者番号		被保険者名	本人・家族()
記号・番号		自己負担	3割・1割
資格取得		有効期限	
公費負担者番号			
公費受給者番号			

 秋田厚生連

地域医療連携室(直通)

能代厚生医療センター

TEL 0185-54-8893

〒016-0014 能代市落合字上前田地内

FAX 0185-54-8894 (FAX 専用)