

アポイント申込用紙

申込日:平成 年 月 日(曜日)

◆企業記入欄◆

診 療 科	内科 神経精神科 循環器内科 小児科 外科 消化器外科 整形外科 形成外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 産婦人科 眼科 頭頸部・耳鼻咽喉科 放射線科 麻酔科 消化器内科 腫瘍内科 ペインクリニック内科 麻酔科 緩和ケア内科 腫瘍精神科 歯科口腔外科	医 師 名	
		会 社 名	
		職・氏名	
電 話 番 号	— —	FAX 番号	— —
用 件 内 容			
面談希望日 (順位設定)	1	月 日(曜日)	午前・午後 時 分～(分間程度)
	2	月 日(曜日)	午前・午後 時 分～(分間程度)
	3	月 日(曜日)	午前・午後 時 分～(分間程度)

◆医師記入欄◆

面談可否	可 ・ 否	面談日	上記申込日の内、1・2・3
面談時間帯	上記申込以外の時間帯、 時 分～(分程度)		
面談場所	北館2階打合せコーナー・面談室1・その他()		
連絡事項	※ 面談室1は17時以降のみ使用可		

【注意事項】
 アポイントの申込み用紙は、各診療科の**ブロック受付**へご提出下さい。
 アポイントの結果連絡につきましては、記載いただいた FAX 番号に送信致しますので、ご理解の程宜しくお願い致します。
 なお、面談当日は外来患者様にご迷惑が掛からないようご配慮いただき、**所定の場所で待機下さいますようお願いいたします。**

送信日:平成 年 月 日(曜日) 〒090-8666
 北見市北6条東2丁目1番地
 北見赤十字病院

発信部署: _____ 科
 発信者名: _____