北見赤十字病院　　年　　月　　日

地域医療連携室 宛

FAX ﾌﾘｰﾀﾞｲｱﾙ　0120-018-599（直通）

電話 ﾌﾘｰﾀﾞｲｱﾙ　0120-018-299（直通）

開放病床利用による手術申込書

※ 事前に手術予定日等は当院医師・担当責任部長とご相談の上、申し込みをお願いいたします。

紹介元医療機関名・医師名

太枠内のみご記入お願いいたします。

患者氏名	
予定手術名	
手術予定年月日	年　月　日 執刀　助手（どちらかに○をして下さい）
開放病床利用時の当院主治医	

地域医療連携室	医事課	人事課長	総務課長	事務副部長	事務部長	担当医師	担当責任部長	副院長			院長