|  |
| --- |
| アポイント申込用紙 |

申込日：令和　　　　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　・　院長室　・　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：令和　　　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：