

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: _____