

# F A X 初診予約依頼票（診療申込書）

平成 年 月 日

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢
フリガナ		
住所	〒	
電話番号	( )	
受診希望診療科	科	
依頼内容	*診療情報提供書のFAXでもけっこうです。	
受診希望担当医	*指定があればご記入下さい。	
受診希望年月日	平成 年 月 日	
保険証記号番号	*写しをFAX願います。	
御紹介元 医療機関名		
TEL		
FAX		

三重中央医療センター 地域医療連携室 FAX 059-259-0771