

面談申込書

※ 枠内に必要事項をご記入の上、窓口にお持ちいただくか Fax(029-303-3004)にてお送りください。

申 込 者 様		
会 社 名		
ご 担 当 者 様	所 属 部 署	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
連 絡 先	会 社	
	携 帯 電 話	

対 象 患 者 様	※同意書の確認ができない場合は面談をお受けいたしかねます。	
フ リ ガ ナ		
氏 名		
性 別	男 ・ 女	
生 年 月 日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生	
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	

面 談 希 望 日 時	<input type="checkbox"/> 特に希望なし	
第 1 希 望	年 月 日	時 分
第 2 希 望	年 月 日	時 分

診療科名		医師名①	
診療科名		医師名②	

◆ 面談にあたってのお願い

- ・ 面談の当日は、この用紙を総合窓口までお持ちください。診察状況等により面談時間が前後する場合がありますのでご了承ください。
- ・ 面談料 6,600 円 (税込) を頂いております。面談後のお支払い、又はお振込みをお願いいたします。

————— 以下は当院記入欄につき記入不要です —————

▼ 結果通知

面 談 日 時 年 月 日 時 分 より

主 治 医

病院長	主治医	個人情報管理責任者	個人情報取扱担当者
Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ	Ⓜ