面談申込書

令和　　年　　月　　日

くしもと町立病院長　様

下記のとおり面談を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　込　　者 | 会社名 |  | | | | | |
| 所属・役職 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | |
| 連絡先 | 住所 | | 〒 | | | |
| 電話 | |  | | | |
| 面談希望日時  ※都合の悪い日があれば③の欄に記入してください |  | 令和　　年　　月　　日 | | | 時　　分～ | 時　　分 |
|  | 令和　　年　　月　　日 | | | 時　　分～ | 時　　分 |
|  | 希望なし | | |  |  |
| 申込先 | 診療科名 |  | | | | | |
| 医師名 |  | | | | | |
| 対　象　患　者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | |
| 生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ | | | 年　　月　　日 | | |
| 対象期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 同意書の有無 | 有　・　無　　※当日提出いただけない場合は面談に応じかねます。 | | | | | |
| 質問内容をあらかじめご記入ください。 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院欄 | 医師サイン | 面談可能日 | 場所 | コメント |
|  | 可能日に○　①　　②  上記以外　/　　時　　分 |  |  |

本申込書受領後、医師と調整の上、日時を事務担当者よりお電話にてご連絡いたします。

なお、医師側の予定が合わない場合は、医師の予定に合わせ日時を決めさせていただきます。

|  |
| --- |
| 送付先：〒649-3510　和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台691-7  くしもと町立病院　総合受付あて　TEL:0735-62-7111　FAX:0735-67-7200 |