

面 談 申 込 書

平成 年 月 日

新潟大学医歯学総合病院長 殿

次のとおり面談を申し込みます。

(本書送付先：〒951-8520 新潟県新潟市中央区旭町通一番町754番地
新潟大学医歯学総合病院医事課文書担当 宛)
(FAXで送付される場合：025-227-0735)

申 込 者	会社名				
	担当者所属氏名				
	連絡先	電話 ()	FAX ()		
	面談希望日	医師の都合が合わない場合、医師の面談可能日をお知らせします。			
①		年	月	日 ()	時 分～ 時 分
②		年	月	日 ()	時 分～ 時 分
	③	年	月	日 ()	時 分～ 時 分
申 込	面談希望診療科名				
	医師名				
対 象 患 者 名 簿	フリガナ氏名	(受診券番号)			
	住 所				
	生 年 月 日				
	面談希望対象期間				
	同意書の有無	有 ・ 無 (当日原本を提出してください。)			
質問内容をあらかじめご記入ください。					
本 院 整 理 欄	医師日時照会月日	月 日	医師指示 面談月日時・場 所	月 日 () 時 分	
	面談時間 (分)			面談場所： (カルテ 要 ・ 不要)	

医事課担当 (TEL)