

面 談 申 込 書

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： _____ (紙カルテ： 要 ・ 不要)

医事課担当 (TEL)