

独立行政法人 地域医療機能推進機構 りつりん病院 診療 FAX予約 申込書

FAX番号 087-862-3253

令和 年 月 日

りつりん病院	
受診希望科	希望医師名
科	医師
受診希望日	
第1希望	月 日 曜日 (午前・午後)
第2希望	月 日 曜日 (午前・午後)
その他	[]
当院受診歴	(有 ・ 無 ・ 不明)

紹介元医療機関
医師名
電話番号
FAX番号

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	男・女	明・大 年 月 日 昭・平 年齢 歳 令
住所 〒 -		
電話番号 ()		

診療依頼目的・病名 (※紹介状を添付してください。)

【FAX受付時間】 (平日) 9:00 ~ 16:30 ※土・日曜日、祝日・年末年始を除く

※受付時間以外の予約票の返信は翌日の10時までに返信いたします。

※当日の診察予約はお取りできませんのでご了承ください。

【お問い合わせ先】 りつりん病院 地域医療連携室
 電話番号 087-862-3227 (直通)
 FAX番号 087-862-3253 (直通)