

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

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 昭 ・ 平 令 年 月 日 年齢 歳
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)