

保険者番号									
記号・番号									
被保険者との続柄									

独立行政法人国立病院機構
嬉野医療センター 診療予約申込書

F A X 0 1 2 0 - 4 7 3 - 4 8 9

受診希望診療科 _____ 科 希望医師名 _____ 医師・無 受診希望日 ① _____年 _____月 _____日 () ② _____年 _____月 _____日 () ③ 希望日に関するコメント ④ 希望なし <input type="checkbox"/> 医師への連絡 済	紹介元医療機関名 _____ 所在地 _____ TEL/FAX _____ 紹介医師名 _____ 印
---	---

フリガナ	性別	住所 (〒 _____)
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男	携帯電話： _____
旧 姓	<input type="checkbox"/> 女	
生年月日 T・S・H・R _____年 _____月 _____日生 ()歳		固定電話： _____
紹介目的 (傷病名等)		

受付時間：平日 9：00～16：00

FAXは24時間受け付けますが、平日16：00以降、土・日祝祭日の場合、お返事は後日になります。

※予約表に尽きましては、平日の14時までに返信できるよう調整いたします。
 午前中は大変混み合っておりますので、ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。
 ※翌日の診療を希望される場合は、原則として前日（平日）の15時までにお申し込みをお願いいたします。

**【当日の緊急及び紹介や転院依頼につきましては、
 病院代表（0954-43-1120）にお電話をお願いします】**