

診療予約申込書

FAX送信用

特定医療法人 光晴会病院 地域医療連携室 宛

令和 年 月 日

※ご希望の診療科・医師・診療日がございましたら、
下記へご記入下さい。

診療科	
医師	医師希望 ・ 希望なし
診療日	第1希望 / ()
	第2希望 / ()
	その他()
	希望なし
光晴会病院受診歴	あり ・ なし

貴医療機関名
住所
電話
F A X
担当医
こちらから折り返し連絡する場合の担当者様()

医師に連絡済 予約担当者に連絡済 未連絡

フリガナ 氏名	旧姓() 男・女	住所	〒 -
生年月日	大昭 平令 年 月 日 ()才	電話番号	自宅 - - 携帯電話 - -
傷病名 紹介目的			

【お願い】

急患の場合は直接お電話でご相談下さい。

特定医療法人 光晴会病院 地域医療連携室

受付時間 平日 8:30~17:00

〒852-8053 長崎市葉山1丁目3番12号

代表 TEL 095-857-3533

直通 TEL 095-857-3563 FAX 0120-573-632

フリーダイヤルFAX

0120-573-632

※ 光晴会病院ホームページよりダウンロードして下さい。