

予 約 申 込 書

平成 年 月 日

フリガナ 患者名		性 別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	(〒 -) ☎ ()				
希望する 予約日	(第一希望) 月 日	(第二希望) 月 日	都合の悪い日 ()		
予約内容	診療科	医 師 名 医師名 ()		紀北 分院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ID番号 わかれば ご記入下さい ()
	傷病名 ・現 症 <small>(簡単なもので結構 です。疑い、病名等 ご記載下さい)</small>				
紹介元 医療機関名				☎ ()	
住 所	〒			FAX ()	
診療科			科	医師名	

記載者名 _____

※ 記入上の注意：患者名のフリガナもコンピューター登録に必要となりますのでよろしく
お願いします。

和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院 地域医療連携室
受付時間 9:00～17:00 (平日:月～金曜日、祝年末年始除く)

FAX 0736-22-8275 (原則 FAX のみの受付とさせていただきます)

- ・患者登録をし予約日時が決まり次第、予約票を送信します。
- ・ファックスは 17:00 以降も受け付けますが、対応は翌日(休日の場合は平日以降)となります。
- ・お問い合わせ ☎ 0736-22-8250 地域連携室直通 (医療機関さまのみ)