

医師面談申込書

医療法人社団 嬉泉会 嬉泉病院 宛

次のとおり、医師面談を申し込みます。(15分毎：5,500円(税込)) ※FAX 送付先 03-5699-8004

申込者	御社名		
	住所	(〒 -)	
	面談申込者氏名		
	連絡先 電話		
	連絡先 FAX		
申込先	面談希望診療科	診療科：	
	及び医師名	医師名：医師名を選択してください。	
患者情報	フリガナ		
	氏名	(姓)	(名)
	生年月日	年 月 日生	
希望日時	第一希望	月 日() 希望時間帯：	
	第二希望	月 日() 希望時間帯：	
	第三希望	月 日() 希望時間帯：	
面談事項	面談事項 (詳細に記載願います。)		

※面談が決定した場合、患者の情報提供にかかわる同意書を当日必ず持参願います

面談申込回答

上記申込について、下記の通り回答いたします。

<p>上記申込について、(<u>A：面談可能</u> ・ <u>B：面談不可(文書照会)</u> ・ <u>C：対応不可</u>)</p> <p>Aの場合、面談可能な日時は以下の通りです。</p> <p>面談可能日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分</p> <p style="text-align: right;">※回答がBの場合、委任状持参の上ご来院願います(郵便対応不可)</p>

面談実施時間

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日</td> <td style="width: 10%;">時</td> <td style="width: 10%;">分</td> <td style="width: 10%;">～</td> </tr> <tr> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td>時</td> <td>分</td> <td></td> </tr> </table>	年	月	日	時	分	～	年	月	日	時	分		事務担当
年	月	日	時	分	～								
年	月	日	時	分									

記入例

医師面談申込書

医療法人社団 嬉泉会 嬉泉病院 宛

次のとおり、医師面談を申し込みます。(15分毎：5,500円(税込)) ※FAX送付先 03-5699-8004

申込者	御社名	株式会社 ○○	
	住所	(〒125-0041) 東京都葛飾区 1-35-8	
	面談申込者氏名	嬉泉 太郎	
	連絡先 電話	03-3600-9001	
	連絡先 FAX	03-5699-8004	
申込先	面談希望診療科	診療科：	
	及び医師名	医師名：医師名を選択してください。	
患者情報	フリガナ	キセン	ジロウ
	氏名	(姓) 嬉泉	(名) 次郎
	生年月日	昭和 48年 2月 11日生	
希望日時	第一希望	4月 11日(火) 希望時間帯：10時～12時	
	第二希望	4月 12日(水) 希望時間帯：終日可	
	第三希望	4月 13日(木) 希望時間帯：13時～16時	
面談事項	面談事項 (詳細に記載願います。)	詳細をご記入ください。	

診療科、医師名を選択肢より
選択をお願い致します。
医師名についてはフリーワ
ードでの入力も可能です。

※面談が決定した場合、患者の情報提供にかかわる同意書を当日必ず持参願います

面談申込回答

上記申込について、下記の通り回答いたします。

上記申込について、(A：面談可能 ・ B：面談不可(文書照会) ・ C：対応不可)

Aの場合、面談可能な日時は以下の通りです。

面談可能日時 年 月 日 () 午前・午後 時 分

※回答がBの場合、委任状持参の上ご来院願います(郵便対応不可)

面談実施時間

年	月	日	時	分～
年	月	日	時	分

事務担当