

診療予約申込書

(紹介状をお持ちの患者様用)

北野病院 地域医療サービスセンター 行

【お問合せ先】

地域医療サービスセンター

TEL 06-6131-2955

E-mail renkei@kitano-hp.or.jp

■ご受診者について

フリガナ	姓:	性別	男 女
お名前	旧姓:	北野病院 受診歴	有 無
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		
ご住所	〒 -		
電話番号	FAX 番号		

■紹介状をもらった医療機関について

医療機関名	
医師名	
電話番号	

■ご予約について

受診科			
医師名			
希望日	①	月	日 ()
	②	月	日 ()
	③	月	日 ()
症状			

当日のご予約は
お受け致しかねます

※保険証コピーを添付できる方はお願いいたします。



FAX : 06-6312-8620

24 時間送信可能

※受付時間 (祝日・第2・4土曜除く)

月～金 8:45～19:00 土 8:45～14:45