

# 医師面談申込書

あさり整形外科クリニック 院長 宛

FAX: 0172-32-7255

年 月 日

次のとおり、医師面談を申し込みします

申込者	会社名	
	面談申込者氏名	
	連絡先電話番号	
	連絡先 FAX番号	
	連絡先 メールアドレス	
患者情報	患者氏名フリガナ	
	患者氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生
面談事項	面談事項 (できるだけ詳細に記載願います)	

※ 面談が決定した場合は、患者の診療情報提供にかか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、下記のとおり回答します。

上記申込について、（ A：面談可能 ・ B：面談不可。文書照会とする ）

面談可能な日時は、下記のとおりです。

面談可能日時（1） 月 日（ ）午前・午後 時 分

面談可能日時（2） 月 日（ ）午前・午後 時 分

面談可能日時（3） 月 日（ ）午前・午後 時 分

事務担当

電話：0172-32-0255

面談実施時間

年 月 日 時 分から

年 月 日 時 分まで