

面談申込書

おおぎや整形外科 宛

Fax : 045-978-5257

Mail : info@ohgiya-seikei.jp

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※以下の太枠内にご記入の上、FAXまたはメールにて申込みをお願いいたします。

申込者	会社名			
	担当部署			
	担当者氏名	連絡先電話		
		メールアドレス		
患者情報	(ふりがな)			患者ID (当院記入欄)
	氏名			
	生年月日	T / S / H / R	年	月
面談希望日時	面接可能な曜日・時間帯 申込日より2週間以上先の月曜日・木曜日 19:00～ (診療終了後) ※診療の状況により前後する場合があります。ご了承ください。			
	第1希望	年	月	日 (曜日)
	第2希望	年	月	日 (曜日)
	第3希望	年	月	日 (曜日)
	日程調整後、FAXまたはメールにてお知らせいたします。			
面談内容				
	レントゲン画像データCD	要 (CD1枚あたり¥3,000)		・ 不要

※患者様ご本人もしくは保護者の方の同意書が必須です。

※面談当日、19時までに受付窓口まで同意書と面談担当者様の名刺をお持ちの上、
面談料 (11,000円) をお支払ください。

※お支払いは現金のみとなります。領収書宛名は患者様の氏名になります。