

独立行政法人 国立病院機構 奈良医療センター外来診療予約依頼書(FAX専用)

平成 年 月 日

予約申し込み先FAX番号 : 0742-45-4901 (地域医療連携室直通)

紹介元医療機関

医療機関名		
郵便番号	-	
住所		
TEL	()	-
担当医師	科	医師
FAX番号 (予約票送信先)	()	-
	ご担当名	

☆予約申し込みの際はFAXにて、必ず
本状と『診療情報提供書』
をご一緒に送信ください。

患者様情報

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	性別		
患者氏名		年	月	日	歳	男・女
患者住所	〒		-			
			TEL			
			FAX			
			携帯			
当院 (奈良医療センター)に受診歴 <input type="checkbox"/> ある (ID::) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明						
現在貴院に <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中						
希望受診科 : 科						
希望医師名 : 医師						
受診希望日 : ①平成 年 月 日() ②平成 年 月 日()						
その他受診日に関するご要望【						

〒630-8053	
奈良県奈良市七条2丁目789番地	
独立行政法人 国立病院機構	
奈良医療センター	地域医療連携室 月～金(8:30～17:00)
TEL : 0742-45-4591 (代表)	TEL : 0742-45-1563 (直通)
	FAX : 0742-45-4901 (直通)