

(様式2)

公立陶生病院セカンドオピニオン外来予約受付票

(受付月日 平成 年 月 日)

患者氏名	
(本人以外の場合)	続柄 氏名
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生
連絡先	() ー
外来月日	平成 年 月 日 ()
時 間	午前・午後 時 分
担当科・医師	科 先生
備 考	
受付担当者	

(No)

・この予約受付票を持参し、予約10分前迄に紹介患者受付窓口(10番窓口)までお越し下さい。

・料金は自費となります。

1時間まで10,800円(以降30分毎に5,400円加算)

なお、相談時間には書類作成等の時間が含まれますのでご了承下さい。

・連絡先

公立陶生病院 地域医療連携室

電話 0561-82-5101(内線5425)

直通 0561-82-1609