

稲沢市民病院紹介患者予約依頼票 (顎 骨 C T)

稲沢市民病院 地域医療連携室 行

FAX 0587-33-5022

令和 年 月 日

TEL 0587-33-5021

ご紹介医療機関 <div style="text-align: right;">TEL _____</div> <div style="text-align: right;">FAX _____</div>			
フリガナ			M・T・S・H・R
患者氏名	男 ・ 女 様	生 年 月 日	年 月 日生
住 所	〒 _____ (TEL _____ - _____)		

予約希望日	第一	令和	年	月	日	(曜日)
	第二	令和	年	月	日	(曜日)
	第三	令和	年	月	日	(曜日)
検査部位	上 顎 ・ 下 顎	解析会社	デンツプライシロナ株式会社 その他 (_____)			
データ 送付先等	<input type="checkbox"/> ①デンツプライシロナ株式会社へ郵送 <input type="checkbox"/> ②紹介医院へ郵送					

※データはCDで提供します。

R031110