

鳥取生協病院 患者受診依頼書(兼返信連絡票)

ご紹介医療機関

地域連携室宛

FAX 0857-39-8207

※受付時間は月～金は8:30～17:00

土曜日は8:30～12:30

上記時間以外は翌日受付となります。

医療機関名：

医師名：

FAX：

TEL：

科

先生

[紹介患者様情報]

ふりがな						
氏名						様
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳	男・女
住所						
電話番号						
紹介目的					受診希望	
					月	日

※検査日については診察時にご相談の上、決定させていただきます。

返信連絡票

ご紹介いただきありがとうございました。

年 月 日 曜日 時 分ごろ、ご来院ください。

予約時間については、診察の都合により遅れる場合もありますので、ご了承ください。

返信連絡票(この紙)、保険証、紹介状をご持参の上、

総合受付にご来院ください。

お問い合わせ連絡先：鳥取生協病院 地域連携室

TEL 0857-24-7251

FAX 0857-39-8207