



中部国際医療センター
紹介連絡・予約申込

(申込日: 令和 年 月 日 午前・午後 時 分)

FAX 0574-66-1581

受付時間: 8時～17時(月～土) 17時以降のお申し込みは翌営業日の返信となります。

紹介元情報			
紹介元医療機関名		医師名	
電話		FAX	
患者様情報			
フリガナ			性別
患者様氏名		様	男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	歳	
住所	〒	—	電話 — —
			携帯 — —
紹介先情報			
紹介先診療科: 歯科口腔外科		医師名:	<input type="checkbox"/> 医師指定なし
診断名又は症状			<input type="checkbox"/> 別紙情報提供書のとおり
予約の日程調整について、以下の <input type="checkbox"/> のいずれかに✓をお願いします。			
予約日の日程調整は			
<input type="checkbox"/> 医療機関と行う	—————>	希望診察日:	<input type="checkbox"/> 希望なし
		第1希望:	月 日
		第2希望:	月 日
<input type="checkbox"/> 患者さんが行う	患者さんから当院「歯科口腔外科」にお電話していただき予約調整をします。 ● 受付時間 14:00～17:00 (日・祝日のぞく) ● 代表番号 0574-66-1100 へご連絡ください。		
【通信欄】			

お問い合わせ先(医療機関専用ダイヤル)
中部国際医療センター 地域連携課
直通電話 0574-66-1580
直通FAX 0574-66-1581