

面 談 申 込 書

年 月 日

兵庫医科大学病院長 行

次のとおり面談を申し込みます。

申 込 者	会 社 名 等	
	担当者氏名	
	連絡先(Tel)	— —
	回答先(Fax)	— —
	面談希望日等	
申 込 先	面談希望診療科	
	医 師 名	
患 者 の 氏 名 等	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
	生 年 月 日	
	面談希望対象期間 又は 対象傷病名等 〔できるだけ詳しく記入し てください〕	

【申込先】 〒663-8501 西宮市武庫川町1-1

兵庫医科大学病院 医療支援センター

Fax : 0798-45-6002