

診察予約申込書

(医療機関 FAX 用)

(宛先) 一般財団法人 脳神経疾患研究所附属 南東北がん陽子線治療センター

FAX 番号 **024-934-5393**

送信日 年 月 日

貴医療機関名 _____ 診療科 _____

電話番号 _____ 担当医師名 _____

FAX 番号 _____ 担当者名 _____

紹介患者情報

フリガナ 患者氏名	男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 歳
--------------	-----	---------------------

※診療情報提供書も一緒に FAX お願い致します。

※診察予約日と時間を翌日(休日を除く)までに担当者様へご連絡いたします。

※お急ぎの場合はお電話でご予約ください。

万が一連絡が無い場合には、お手数ですがお電話でご連絡下さい。

ご予約・お問い合わせ 024-934-5475(南東北がん陽子線センター)

申込受理日	受付者	予約確定日 年 月 日 ()
連絡日	連絡者	: ドクター名