

面談申込書(記載例)

※太枠内に必要事項を記入の上、上記担当部署へ郵送してください。

申請者情報	会社名・部署名	(フリガナ) ○○○○ホケンカンブシキガイシャ □□シテン△△△センター ○○○○保険株式会社 □□支店△△△センター		
	担当者氏名	(フリガナ) ●●●● ●●●●		
	連絡先	住所	仙台市○○区□□町△△-△	
		TEL	- -	
		FAX	- -	
面談希望日時 面談可能時間 8:30~17:00	※医師の都合が合わない場合、医師の面談可能日をお知らせします。 第一希望: 年 月 日() 時 分から 第二希望: 年 月 日() 時 分から 希望なし			
患者情報	面談希望診療科	消化器内科		
	医師名	●● 医師		
	患者氏名	(フリガナ) ●●●●●● ●●●●●●		
	カルテNo.	123-456-7		
	生年月日	明・大(昭)・平・令 1年2月3日生		
	住所	仙台市○○区□□町△-△-△		
	申請事由	※申請事由・質問事項等をご記入下さい。		

----- 当院記載欄 -----

担当者	医事グループ	内線:
	医局秘書室	内線:
医師回答	面談	可 (面談・文書回答) ・ 否 面談日時: 年 月 日 () 時 分 ~ 場所:
	備考	

医事グループから 先方への連絡日	年 月 日
---------------------	-------