

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

地域医療連携室 宛

TEL : 098-888-0123

FAX : 098-888-1212

申込日： 令和 年 月 日

受診予約申込書 (FAX送信票)

以下の項目についてご記入の上、紹介状と併せて送信して下さい。

紹介元	医療機関名：	申込担当者名：
		FAX 番号：

患者情報	フリガナ		電話番号	
	患者氏名		性別	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳		
	住所			
受診希望日	<input type="checkbox"/> 希望日無し <input type="checkbox"/> 希望日有り 第一 ( ) 第二 ( ) 第三 ( )			
備考				

受診希望日については、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。  
予約調整は、当院地域連携室より患者様・ご家族様へ直接お電話させていただきます。  
入院中など、医療機関（担当者）との予約調整が必要な場合は備考欄へご記入ください。

【南部医療センター・こども医療センター 記入欄】

ご紹介いただいた患者様の予約日程は、下記の通りに決まりましたので通知いたします。

外来診療日	令和 年 月 日 ( ) 時間：		
診療科		診察医師	
備考			

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター  
地域医療連携室

〒901-1193

沖縄県南風原町新川 118-1

TEL : 098-888-0123 (代表)

FAX : 098-888-1212 (直通)

(本人・家族)連絡済み