

長門総合病院 地域医療福祉連携室 宛

FAX : 0 8 3 7 - 2 2 - 2 5 3 9

紹介患者診療申込書

ご紹介元医療機関名		電話 :	
		FAX :	
受診希望日	月 日 (曜日)	貴院の 外来患者様 入院患者様	
希望する診療科名	科	医師名	

ふりがな				男・女
受診者氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
現住所	〒 [-] 都道府県	市町 郡村	(行政区)	番地
電話番号	()	-		
帰省先住所	〒 [-] 都道府県	市町 郡村	()	番地 様方
電話番号	()	-		

備考

山口県厚生農業協同組合連合会
長門総合病院 地域医療連携室
〒759-4194 長門市東深川85番地
地域医療福祉連携室直通電話 : 0837-22-2518
F A X : 0837-22-2539